TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

du

Dr J. VORON

Agrégé de la Faculté,

Accoucheur de la Charité de Lyon



LYON

—

1927

TITRES & FONCTIONS

TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en Médecine (1900).
Agrégé des Facultés de Médecine (Accouchements), 1907.
Présenté en 2e ligne pour la chaire de Clinique Obstétricale (1921).

FONCTIONS DANS L'ENSEIGNEMENT

Chef de Table, Répétiteur de Médecine opératoire (1899-1900).

Moniteur de Clinique Obstétricale avec le titre de Chef de Clinique adjoint (1901 à 1903).

Chef de Clinique Obstétricale (Concours de 1903), (1903 à 1904).

Chargé des Fonctions d'Agrégé a la Faculté de Médecine de Lyon (Année scolaire 1905-1906 et second semestre de l'année scolaire 1906-1907).

Chargé des Conférences d'Obstétrique du second semestre a la Faculté (de 1907 à 1920).

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hopitaux (Concours de 1893).

Interne des Hopitaux (Concours de 1895).

Lauréat des Hopitaux (Prix Bouchet-chirurgie, 1900).

Chargé par l'Administration de suppléances dans les Maternités des Hopitaux (1902-1903-1904).

Accoucheur des Hopitaux (Concours de 1904).

Services dirigés :

Maternité de l'Hotel-Dieu (1904 à 1920).

Maternité de la Charité (1920 à 1927).

ENSEIGNEMENT

Démonstrations pratiques de Médecine Opératoire et de petite Chirurgie (1899 à 1901).

Comme Moniteur de Clinique Obstétricale :

Conférences et Démonstrations pratiques d'Obstétrique (1901 à 1903).

Comme Chef de Clinique Obstétricale :

Conférences et Démonstrations cliniques d'Obstétrique (de 1903 à 1904).

Cours élémentaire et pratique d'Accouchements a la Clinique Obstétricale pendant les vacances des années 1902 et 1903.

Comme Chef de Service Hospitalier :

Cours sur la Grossesse et la Pathologie de la Grossesse aux Elèves Sages Femmes de la Maternité (1903 et 1904).

Cours d'Obstétrique aux Elèves Sages-Femmes (1904).

Direction Scientifique de l'Ecole des Sages-Femmes internes de la Maternité de la Charité (de 1920 à 1926). Enseignement théorique et clinique.

Cours théorique d'Obstétrique aux Elèves Sages-Femmes de la Maternité de la Charité (de 1920 à 1926).

Comme chargé des Fonctions d'Agrégé :

Conférences d'Obstétrique du deuxième semestre sur la Grossesse normale et pathologique (1905-1906).

Comme agrégé d'Obstétrique :

Chargé des Conférences d'Obstétrique du deuxième semestre (de 1907 à 1919).

Chargé d'un Cours complémentaire de Propédeutique Obstétricale (1920).

SOCIÉTÉS SAVANTES

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (1900).

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE ET DES SCIENCES MÉDICALES (1920)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE (1903).

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS (1906).

MEMBRE DE LA RÉUNION OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE LYON (1908).
Secrétaire Général, de 1911 à 1921.
Président, de 1922 à 1925.

MEMBRE DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE (1914).

TRAVAUX DIDACTIQUES

Collaboration à un Traité Classique d'Obstétrique

LA PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS

Quatrième édition, refondue, de l'ouvrage de Bar, Brindeau et Chambrelent.
Publiée sous la direction de A. BRINDEAU.
(Cinq fascicules, chez VIGOT Frères, 1926).

Dans le Fascicule III, consacré à la « Dystocie » (en cours d'impression), j'ai été chargé de la rédaction du Chapitre concernant les Vicintions Pelviennes (200 pages environ).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ARTICLES ORIGINAUX

RAPPORTS ET COMMUNICATIONS AUX SOCIÉTÉS SAVANTES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE OBSTÉTRICALE

LES TUMEURS CONJONCTIVES ET PLUS PARTICULIEREMENT LES ANGIOMES DU PLACENTA.

Ayant eu l'occasion de recueillir un placenta, qui portait sur sa face fœtale une tumeur grosse comme une mandarine et que l'examen histologique démontra nettement être une néoformation conjonctive, à type angiomateux, j'ai réuni en une étude d'ensemble ce qu'on sait actuellement sur l'anatomie pathologique la physiologie pathologique et la clinique de cette variété de tumeurs.

Etude Anatomique.

I. ETUDE MACROSCOPIQUE

Les tumeurs conjonctives vasculaires du placenta sont, ordinairement uniques ; cependant, elles ont été trouvées multiples dans un sixième des cas, soit deux (Hyrtl, Fenomenow, Knamen) soit trois (Niebengall), soit un plus grand nombre (Mans, Steinbachel).

Le volume varie de celui d'une noix à celui d'une tête d'enfant ; il peut être très réduit dans les tumeurs multiples ; les notions de nombre et de volume sont en raison inverse.

La forme de ces tumeurs est variable. On ne rencontre point toujours la forme sphérique ou régulièrement ovoïde.

Le plus souvent, on a affaire à des masses multiples irrégulières, séparées par des travées de tissu conjonctif, qui brident la tumeur en tous sens et y creusent des sillons, comme si plusieurs tumeurs avaient grandi pour se fondre en une seule et se fusionner incomplètement.

La constitution de ces tumeurs est variable comme leur forme : le plus souvent cependant, on a affaire à des masses dures, dans lesquelles le tissu conjonctif épaissi donne une apparence fibreuse et plastique ; c'est à cause de cet aspect que les anciens auteurs avaient décrit ces tumeurs comme des fibromes ; sur d'autres points dégénérés ou nécrosés, on a une consistance molle et pseudo-fluctuante.

L'aspect de ces tumeurs est gris-blanchâtre ; elles ont la couleur du tissu fibreux qui les enveloppe, et qui peut être, là comme ailleurs, plus ou moins brillant ou nacré.

Cependant, sur ce fond gris, on voit souvent des marbrures rouges ou brunâtres qui sont la signature de la vascularisation intense de ces formations ; ces marbrures donnent à la tumeur un aspect bigarré.

Pour ce qui est du *siège* de ces productions, on les a rencontrées partout dans le placenta : au centre, sur les bords, même en dehors de lui, et reliées au gâteau chorial par un pédicule, mai ce fait est rare.

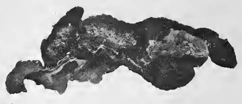


Fig. 1. — *Tumeur conjonctive faisant saillie sur la face fœtale du placenta* (vue de profil)

Quand ces tumeurs sont petites et multiples, elles siègent à l'intérieur du placenta, et ne sont découvertes que par la coupe ou le palper, car elles donnent, au milieu des tissus mous du gâteau chorial, l'impression de corps durs. Quand elles sont volumineuses, au contraire, elles se voient très facilement, car elles viennent faire saillie a la face fœtale du placenta, sous l'amnios et, à l'inspection de cette face, elles se reconnaissent du premier coup.

Quelque soit leur volume, elles ne font jamais saillie à la face maternelle. Quand on regarde le placenta par sa face fœtale, on voit les vaisseaux s'étaler sur la tumeur sans la pénétrer ; ordinairement, la tumeur a des vaisseaux spéciaux contenus dans une gaîne conjonctive, allant rejoindre plus ou moins loin les vaisseaux du cordon.

Ainsi développées au milieu des villosités, ces tumeurs sont séparées de celles-ci par la loge conjonctive qui les enveloppe; aussi sont-elles plus adhérentes aux tissus avoisinants, et est-il toujours facile de les en détacher. Quand on les a énucléées, il reste leur moule au niveau duquel les villosités paraissent tassées et comme comprimées. Ainsi entourées du tissu conjonctif du côté du chorion, ces tumeurs sont séparées du placenta maternel par une couche plus ou moins épaisse de tissu placentaire normal.

A la coupe, la surface de section donne l'impression d'une membrane d'enveloppe de nature fibreuse cloisonnant plus ou moins irrégulièrement un parenchyme. Ce sont des travées conjonctives irrégulières entre lesquelles apparaît

un tissu aréolaire; sur la surface de coupe on trouve des orifices de nombreux vaisseaux béants.

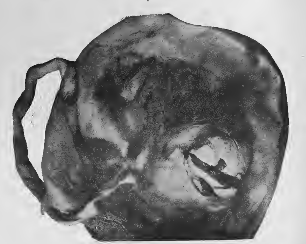


Fig. 2. — *Même tumeur vue de face*

Çà et là, on rencontre des amas de sang coagulé dont quelques-uns sont nécrosés en différents points, ce qui donne à la tumeur un aspect compliqué. Tantôt prédomine l'élément conjonctif, tantôt l'élément parenchymateux.

II. ANATOMIE MICROSCOPIQUE

La caractéristique de toutes ces tumeurs placentaires est une dilatation vasculaire intense.

Sur la coupe, en général, on voit des îlots de tissu conjonctif formant des brides et des travées s'anastomosant dans tous les sens et dans tous les plans. Ces travées, de plus en plus fines, sont recouvertes d'un endothélium. On est ainsi en présence d'une vaste éponge, conjonctive quant à son squelette, endothéliale quant à son revêtement. Cette éponge est un vaste réservoir de sang. Çà et là, dans les épaisseurs du tissu conjonctif, on rencontre des vaisseaux ; ce sont les ramifications des vaisseaux de pédicules et de ceux dont nous

voyions tout à l'heure les orifices béants sur la coupe macroscopique de la tumeur.

On ne rencontre, en général, sur les coupes que du tissu conjonctif et des vaisseaux, mais pas de cellules embryonnaires, pas d'éléments épithéliaux aberrants qui pourraient faire penser à une tumeur maligne.

Le tissu conjonctif, cependant, possède des cellules en quantité normale.

Entourée, dans sa portion fœtale et placentaire, d'une capsule conjonctive, la tumeur, du côté maternel, est recouverte par les cellules syncitiales de Langhans plus ou moins bien conservées, selon le cas.

A cause du revêtement de la tumeur par l'épithélium chorial, certains auteurs ont cru que les villosités passaient directement à travers les masses fibreuses. Cela n'est pas établi d'une façon sûre, mais le fait du revêtement épithélial continu de la tumeur prouve bien que la tumeur est développée aux dépens de la partie conjonctive seulement des villosités, la partie épithéliale restant indemne.

En somme, dilatation vasculaire et néo-formation vasculaire intense, d'une part ; d'autre part, squelette conjonctif plus ou moins abondant, tel est le schéma de la constitution histologique de ces tumeurs placentaires.

III. NATURE HISTOLOGIQUE DE CES TUMEURS

Quand on relit les observations de ces tumeurs données par les anciens auteurs qui les ont examinées au point de vue histologique, on trouve, chaque fois que sont justifiés des examens histologiques suffisants, des descriptions desquelles ressort nettement l'idée de la grande richesse vasculaire de ces productions. Que le tissu conjonctif soit prédominant, on parle de fibrome, qu'il y ait beaucoup de cellules on parle de sarcome, que la structure apparaisse surtout muqueuse, on parle de myxome du chorion (1). « En réalité, toutes ces tumeurs présentent deux caractères fondamentaux :

1° Elles sont toutes formées par des éléments conjonctifs fœtaux à divers stades, analogues à ceux qu'on trouve dans le placenta normal.

2° Leur vascularisation, très riche, rappelle celle de l'angiome, avec ses capillaires dilatés, ses endothéliums atypiques, et l'état rudimentaire de sa charpente conjonctive ».

Aussi peut-on réunir ces tumeurs sous le nom de chori-angiomes ou comme le veut Deinst, de choriomes angiomateux. Pour le cas où le tissu conjonctif prédomine, Deinst propose le nom de choriomes-fibreux. D'ailleurs, par des processus régressifs au sein de son tissu, la tumeur perd peu à peu le caractère

(1) Thèse de Briquel. Nancy 1903.

angiomateux, pour devenir de plus en plus conjonctive ; des thromboses apparaissent dans les capillaires dilatés, ces thromboses se résorbent et s'organisent, et il reste à leur place une cicatrice fibreuse, un amas de tissu conjonctif.

Quelle place revient à ces formations dans le cadre nosologique?

En premier lieu, ce sont des formations bénignes qui n'ont jamais envahi l'organisme maternel.

Ce sont ensuite, plutôt que des tumeurs vraies, des malformations, des déviations vasculaires, ainsi que sont toutes les productions angiomateuses.

IV. GENESE ET DEVELOPPEMENT HISTOLOGIQUE

Wirchow, Storck et d'autres auteurs admettent une maladie primitive de la caduque, qui exerce une influence irritative sur les villosités ; cependant, une telle action du placenta maternel sur les vaisseaux fœtaux n'est pas admissible. Danyau et Godhard ne voient dans ces tumeurs, que de simples coagula sanguins ; cette opinion est aussi à rejeter.

Hildebrandt donne comme cause une rupture des vaisseaux du chorion.

Deinst dans un mémoire sur la question, paru en 1903, donne, sur la genèse et l'évolution histologique de ces tumeurs des hypothèses nouvelles que nous reproduisons ci-après.

Il admet, comme cause première du développement de la tumeur une stase sanguine.

« Etant admis, écrit-il, qu'une anomalie dans la circulation fœtale serait incompatible avec la vie du fœtus, c'est dans l'organe maternel que devra se produire la stase causale, et cela vers la troisième semaine du stade placentaire. A cette époque, les vaisseaux allantoïdiens viennent de pénétrer dans la couche mésodermique des villosités. Les espaces intervilleux sont le siège de la stase et, par conséquent, la pression sanguine y est plus élevée. Cette pression agit sur les jeunes villosités, accroît le courant diosmotique qui se fait en elles, et augmente par conséquent la pression dans les villosités elles-mêmes. Si, dans ces conditions, le stroma des villosités vient à s'hypertrophier pour contrebalancer l'excès de pression, il ne résultera un tissu conjonctif plus puissant et plus solide, notamment dans la zone marginale. Les vaisseaux sont dès lors trop délicats et trop faibles pour se développer dans la direction de la lacune sanguine maternelle, mais ils cherchent à lutter contre l'obstacle par l'augmentation numérique de leurs éléments constituants ; ils dépassent ainsi la mesure, prolifèrent d'une façon désordonnée et perdent leur rôle physiologique qui est d'aboutir à la couche ectodermique fœtale. Il ne se forme plus dorénavant de capillaire nouveaux des villosités, mais seulement un système

complexe et irrégulier de capillaires allantoïdiens qui prolifère dans le sens angiômateux.

Alors l'élévation de la pression sanguine dans l'assise des villosités influe sur le stroma, jusque-là simplement hypertrophié, pour l'inciter à multiplier ses éléments constitutifs ; celui-ci entre alors en état de prolifération néoplasique, de même que les vaisseaux allantoïdiens ; en même temps, on assiste à la prolifération du revêtement superficiel »

Ainsi se produiraient, d'après Deinst, les phénomènes qui conduisent à la formation des nodules néoplasiques, constitués par du tissu conjonctif, du tissu muqueux et des vaisseaux angiômateux et recouvert par des cellules de Langhans en couches multiples. Deinst montre ensuite comment les formes si différentes affectées par les tumeurs conjonctives peuvent s'expliquer par l'état même des bourgeons de nouvelle formation au moment où se produit l'irritation. Deinst fait intervenir des thromboses dans les lacunes de l'angiôme, la formation de foyers nécrotiques dans le parenchyme, l'apparition d'infarctus. Du tissu conjonctif à tendance hyperplasique s'installe à la place des éléments dégénérés, empêche les expansions capillaires, et même étouffe les capillaires déjà formés. L'augmentation graduelle de la tumeur refoule et tasse les villosités adjacentes, qu'elle nécrose concurremment avec les éléments superficiels eux-mêmes de la tumeur. Des éléments conjonctifs jeunes apparaissent dans cette zone superficielle perpétuellement en souffrance ; ils y édifient une sorte de membrane d'enveloppe qui donne à la tumeur un semblant d'indépendance.

Etude Clinique.

La physiologie pathologique des tumeurs conjonctives et vasculaires du placenta comporte comme faits essentiels, d'abord une annihilation des fonctions du placenta au niveau de la néoformation. Si la tumeur est volumineuse ou qu'il y en ait plusieurs, la vie du fœtus sera compromise ou du moins son développement sera incomplet.

De plus, la tumeur, par sa présence et le volume des ectasies vasculaires qui dérivent une partie du sang fœtal, oppose une certaine gêne à la circulation en retour du sang dans les vaisseaux ombilicaux. Cet embarras circulatoire, s'il est suffisant, donne logiquement naissance à l'hydramnios.

Cliniquement, les tumeurs conjonctives du placenta sont souvent latentes.

Lorsqu'il existe des symptômes, ceux-ci sont tels que les laissait prévoir la physiologie pathologique : 1°) l'hydramnios est signalé 12 fois sur 32 observations, hydramnios à développement le plus souvent lent; 2°) l'enfant naît souvent mort, prématuré ou débilé. Cette mortalité et cette débilité infantiles se com-

prennent très bien si l'on se rappelle que la tumeur est une lésion placentaire refoulant, étouffant les houppes choriales et entravant d'autant la nutrition fœtale. Le pronostic, bénin pour la mère, est donc sombre pour l'enfant.

La conduite à tenir ne sera autre que le traitement des complications (hydramnios et hémorragie de la délivrance), sans que la cause première de ces accidents, inconnue au moment de l'intervention, puisse donner une indication ou une contrindication thérapentique quelconque.

Postérieurement à cette étude qui remonte à 1907, un certain nombre d'auteurs ont attiré l'attention sur les rapports étiologiques et anatomiques des angiomes du placenta avec la syphilis.

UN CAS D'HÉMATOME-MOLE

(hématoma sub-choriale tuberosum)

Petit œuf dont la cavité est ouverte. La surface externe de l'œuf est noirâtre et irrégulière.

Dimensions : 6 cm. sur 5. Poids : 80 grammes.

Examen des membranes : la surface des membranes d'enveloppement montre l'existence d'une cavité ovulaire vide, du volume d'une grosse noix. Les parois de l'œuf sont épaisses, infiltrées de sang et leur surface interne paraît plissée.

Placenta volumineux, infiltré de sang.

Faisant saillie dans la cavité ovulaire, on voit les tumeurs sessiles dont la plus grosse est du volume d'un pois. A côté de ces tumeurs principales, on en voit plusieurs autres plus petites. simples boursouflures amniotiques. Il s'agit d'un hématome-môle. Pas d'embryon, ni de cordon.

Examen histologique. L'examen d'un fragment de placenta prélevé au niveau des tumeurs sanguines montre le placenta infiltré de sang. Il faut parcourir toute l'étendue de la préparation pour découvrir quelques villosités paraissant atrophiées, comprimées par l'hémorragie.

Du côté maternel, la zone apoplectique continue jusqu'à la limite de la préparation.

Du côté fœtal, on trouve, en partant de la cavité ovulaire, l'épithélium amniotique. En arrière de lui et entre cet épithélium et l'hématome, on voit une zone de tissu fibreux avec quelques fibres musculaires et par place des cellules étoilées fusiformes. Cette zone paraît comprimée par le sang amassé dans le placenta et on ne peut avec certitude distinguer les éléments du chorion. A noter que cet œuf provient d'une malade qui ne présente aucun antécédent personnel mais dont les antécédents héréditaires sont fortement entachés de syphilis.

GESTATION

UN CAS DE GROSSESSE TRIPLE

Il s'agit d'une malade ayant accouché de trois jumeaux pesant respectivement 2.700, 2.500 et 1.400 grammes. Grosse hémorragie de la délivrance, traitée par les moyens habituels.

Je fais, à propos de ce cas, les réflexions suivantes :

1° *Cette grossesse triple a été bien supportée* malgré le grand développement de l'utérus. Quant au *diagnostic* pendant le travail, il n'a été fait de prime abord que pour 2 des enfants. Le 3° n'a été reconnu que tardivement après la naissance des 2 premiers et pour cette simple raison qu'on n'avait pas songé à rechercher les signes par lesquels pouvait se manifester son existence (présence de 5 pôles fœtaux, 3 foyers d'auscultation).

Cet oubli aurait, du reste, pu avoir pour le dernier fœtus les conséquences les plus graves, car on n'avait pas pensé à lier le bout central du 2e cordon ; d'où possibilité d'hémorragie en cas de communication entre les deux placentas.

2° La *survie des 3 enfants*, près de 3 mois après leur naissance, mérite d'être notée. Une telle survie, après un accouchement triple, a été en effet rarement signalée.

3° *La configuration* du placenta unique est tout à fait remarquable.

Les caractéristiques générales sont les suivantes : Poids 1.000 grammes, forme discoïdale avec contours irréguliers : diamètre 30 centimètres ; surface: 102 centimètres carrés environ.

Les 3 cordons sont insérés en raquette, à la périphérie du gâteau, une des insertions est vélamenteuse.

Il existe une poche membraneuse pour chaque fœtus. Ces poches s'adossent deux à deux pour former des cloisons qui semblent composées de deux amnios et d'un chorion, et entrent en coalescence au centre du gâteau placentaire.

Les 3 artères ombilicales ont été injectées avec du suif coloré en bleu, ocre et carmin. Cette injection semble démontrer qu'il n'existe entre les 3 placentas aucune communication vasculaire. Après un assez court trajet sous-

amniotique, les vaisseaux pénètrent tous dans la profondeur. Aucun ne va s'anastomoser avec un vaisseau venu d'une autre artère ombilicale. Les territoires colorés se terminent brusquement. Il faut seulement noter que le territoire du plus gros placenta (en bleu) empiète au delà de la cloison amniotique limitant la loge du fœtus auquel il appartenait. Cette indépendance vasculaire était, du reste, déjà attestée par le fait signalé plus haut, à savoir qu'il n'y avait eu aucune hémorragie par le bout du cordon laissé non lié après l'expulsion du 2[e] fœtus.

Tous ces caractères, joints à la différence de sexe des 3 enfants (2 filles, 1 garçon) semblent démontrer que nous sommes en présence d'une grossesse trivitelline, et que les 3 placentas primitivement séparés ont fait coalescence secondairement, pour donner en se réunissant un gros placenta unique.

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE

HÉMORRAGIE PAR INSERTION VICIEUSE (CENTRALE) DU PLACENTA ; RIGIDITÉ DU COL, HÉMOPHILIE, HEMORRAGIE RÉTROPÉRITONEALE SANS DECHIRURE DU SEGMENT INFÉRIEUR. — MORT DE LA MALADE. — PRESENTATION DES PIECES.

Il s'agit d'une femme entrée à la Maternité, pour une hémorragie résultant d'un placenta prœvia central latéral.

Le Braxton Hicks ayant été fait quoique avec beaucoup de difficulté, le col opposant une résistance invincible à la dilatation, l'expulsion du siège ne fit aucun progrès malgré des tractions prudentes, l'hémorragie externe s'arrêta et, nonobstant, la malade continua à s'anémier et succomba au bout de six heures. On avait, quelques minutes auparavant, à l'aide de grandes incisions cervicales, libéré le col, et extrait le fœtus.

Elle avait présenté, depuis le début des accidents, des stomatorragies incoercibles, provenant d'un suintement sanguin au niveau du collet de chaque dent.

L'autopsie révéla que la cause de la mort, restée jusque-là obscure, était une hémorragie interne (800 gr.), qui avait décollé les deux feuillets des ligaments larges, droit et gauche, avait fusé de là sous le péritoine pariétal, rempli les deux fosses iliaques internes, et remontait jusqu'à l'insertion du mésentère. Il était visible que cette hémorragie provenait non de l'aorte et des iliaques, absolument saines, mais bien du segment inférieur, les ligaments larges, décollés et séparés contenant une notable quantité de sang. Le segment inférieur ne présentait aucune trace de rupture.

Il s'est agi, chez ma malade, d'une hémorragie interstitielle, ayant pris naissance dans un segment inférieur non déchiré, mais contenant des vaisseaux

anormalement développés, à cause de l'insertion du placenta, et surtout anormalement friables. La malade était, d'autre part, bien probablement hémophile, elle avait eu des hématémèses pendant sa grossesse sans que l'estomac montre aucune lésion de sa muqueuse, et elle a présenté une hémorragie buccale en nappe pendant toute la journée où se sont déroulés les accidents. Peut-être la syphilis, dont la malade aurait été atteinte peu de temps auparavant, était-elle la cause de cette hémophilie.

Au point de vue thérapeutique, nous nous sommes trouvés en présence de difficultés multiples résultant du placenta prœvia central et de la rigidité du col. Néanmoins notre malade aurait probablement survécu s'il n'était survenu une hémorragie interne, vaste épanchement sous-péritonéal, résultant elle-même d'une dyscrasie sanguine, accompagnée probablement de lésions vasculaires.

Cette hémorragie fut certainement la cause de la mort, et il était malheureusement impossible d'en faire le diagnostic, qui eût peut-être permis de tenter une intervention chirurgicale.

HEMORRAGIE PAR DÉCOLLEMENT DU PLACENTA INSÉRÉ NORMALEMENT CHEZ UNE ALBUMINURIQUE.

Présentation du placenta sur lequel on note une zone de décollement occupant les deux tiers de sa surface ; zone déprimée en cupule par le sang épanché entre l'utérus et le placenta et encore recouverte de caillots. Le reste de la surface est au contraire blanc, d'aspect inflammatoire, farci d'infarctus anciens, blanchâtres et durs.

La malade était hospitalisée à cause de son albuminurie persistante, ayant résisté plus d'un mois à l'institution du régime lacté.

La conduite tenue a été simple et a consisté, la malade ayant commencé à perdre et à présenter des signes d'anémie légère, à la surveiller attentivement, en restant prêt à faire un accouchement méthodiquement rapide, s'il survenait une nouvelle hémorragie interne ou externe (pouls, volume de l'utérus) et en terminant par une application de forceps dès que l'état du col l'a permis.

DÉCOLLEMENT DU PLACENTA INSÉRÉ VICIEUSEMENT CHEZ UNE ALBUMINURIQUE.

Nous rapportons ce cas non pas comme une rareté, mais parce qu'il nous paraît instructif et intéressant par plusieurs détails.

Il s'agit d'un décollement pendant la grossesse, chez une primipare sans antécédent pathologique génital, semblant dû sinon exclusivement, du moins principalement à l'albuminurie qui s'était manifestée une vingtaine de jours avant ; décollement au cours de la grossesse, mais ayant été suivi presque immédiatement d'un début de travail. Ce décollement coïncidait avec une insertion basse du placenta, et il n'est pas douteux que cette insertion ait pu jouer un rôle dans la production de l'hémorragie. Mais à notre avis, ce rôle a été secondaire, l'influence principale revenant aux lésions albuminuriques du placenta, ainsi que l'attestent la dépression creusée au centre de celui-ci et la netteté de ses altérations macroscopiques et microscopiques. Aussi l'arrêt si remarquable de l'hémorragie par la rupture des membranes doit-être attribué beaucoup moins à la suppression du tiraillement sur le bord placentaire qu'à la compression de la zone décollée par la descente immédiate de la tête fœtale.

Enfin, d'après les anamnestiques de la parturiente, les mouvements du fœtus n'étaient plus perçus trente-six heures avant le début de l'hémorragie ; et ce qui semble confirmer cette impression c'est que l'épiderme du mort-né s'était en certains points soulevé par petits lambeaux. Nous n'osons cependant affirmer de façon très catégorique que la mort du fœtus ait précédé le décollement.

UN CAS DE DECOLLEMENT DU PLACENTA INSÉRÉ NORMALEMENT D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

Observation où je note les particularités suivantes :

1° *L'origine traumatique du décollement.* — Bien qu'il n'y ait là rien de très exceptionnel, les faits signalés sont cependant rares. A noter que la malade n'avait jamais eu d'albuminurie, et n'avait jamais présenté aucun signe d'endométrite.

2° *La marche silencieuse de l'hémorrhagie rétro-placentaire.* — Celle-ci, bien que très abondante (950 grammes), ne s'est manifestée cliniquement que par une hémorragie externe insignifiante, la tension et la dureté de l'utérus ainsi que les signes d'anémie étant réduits à si peu de chose qu'ils n'ont pas attiré l'attention, et que, le diagnostic ayant été à peine soupçonné, l'accouchement a été abandonné à lui-même.

Si l'on ajoute que les douleurs habituellement si intenses du décollement du placenta inséré normalement avec hématome rétro-placentaire n'ont guère dépassé ici celles de l'accouchement normal, il semble bien démontré que l'appareil symptomatique qu'on rencontre communément dans ce genre d'affection a été, dans cette observation, considérablement modifié, et surtout atténué.

MOLE HYDATIFORME

UN CAS DE MOLE HYDATIFORME DIAGNOSTIQUÉE PRECOCEMENT.

Il s'agit d'une primipare chez laquelle la disproportion entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse, les hémorragies à répétition, et subsidiairement, l'état d'anémie progressive, l'exagération des phénomènes sympathiques permirent, avant que l'expulsion des vésicules le signât, de porter le diagnostic de môle hydatiforme. La tétanisation utérine étendue jusqu'à l'orifice cervical imposa au début une thérapeutique d'expectation suivie du curage de l'utérus dès que le col put être dilaté sans trop de difficultés ni de dangers.

MOLE HYDATIFORME A EVOLUTION PARTICULIÈRE.

Môle hydatiforme à gros grains qui ne s'est pas manifestée par les signes classiques, puisqu'il n'y a eu quelques très légères hémorragies que dans les premiers mois de la grossesse et qui ne se sont pas répétées jusqu'au moment de l'expulsion et que, d'autre part, la discordance qu'on note habituellement entre le volume du ventre et l'âge de la grossesse s'est manifestée ici en sens

inverse : à sept mois et demi cette malade avait un utérus de cinq mois à peine à en juger par son volume — et sur plus de deux mois d'observation on n'a noté aucune augmentation : toutes les mensurations ont donné rigoureusement le même chiffre.

L'absence prolongée des deux signes cardinaux de la môle (gros utérus et hémorragies répétées) a donc conduit à une erreur de diagnostic, cette erreur n'ayant été rectifiée que lorsqu'une exploration pratiquée à la suite du premier écoulement sanguin important a permis de reconnaître les vésicules caractéristiques de l'affection. Il faut signaler aussi l'extrême lenteur de l'accroissement de la masse molaire. puisque pendant deux mois le volume de l'utérus ne nous a semblé subir aucun accroissement. Enfin nous rapprocherons cette observation d'une autre que nous rapportons ci-dessous et où nous avions relevé la même absence des signes habituels de la môle. Mais il s'agissait d'une grossesse beaucoup moins avancée et qui s'accompagnait de vomissements incoercibles avec état général très grave. La malade, dont nous racontons l'histoire, a gardé au contraire jusqu'au dernier jour un état général des plus florissants.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES ET MOLE HYDATIFORME.

Observation dont l'intérêt principal réside dans la coïncidence des vomissements incoercibles avec la grossesse molaire, coïncidence signalée par quelques auteurs, mais qui doit être cependant très rare, puisque, en plus de vingt ans, nous n'en avons pas observé un seul exemple.

Mais il y a lieu de noter aussi les symptômes très anormaux de cette môle, puique son développement, au moins pendant tout le temps où nous avons pu l'observer, n'a été accompagné d'aucun des deux signes qu'on s'accorde à considérer comme caractéristiques de l'affection, à savoir l'exagération du volume de l'utérus et les hémorragies à répétition. Si bien que le diagnostic n' a pas été porté et ne pouvait pas l'être. L'avortement spontané, rarement observé au cours des vomissements de la grossesse, a eu ici, malgré l'état général extrêmement mauvais de la malade, le plus heureux résultat.

Enfin, au point de vue pathogénique, il est peut-être permis de penser que, si cette môle ne semblait pas présenter une malignité anatomique spéciale, du moins les produits toxiques déversés dans la circulation maternelle par l'épithélium malade des villosités dégénérées ont pu jouer dans l'apparition ou tout au moins dans l'aggravation des vomissements.

AVORTEMENT

CORPS ETRANGER INTRA-PERITONÉAL APRÈS UNE TENTATIVE D'AVORTEMENT CRIMINEL.

Observation d'une malade avouant une tentative d'avortement criminel, après laquelle, disait-elle, une sonde était restée dans la matrice. Une exploration intra-utérine pratiquée immédiatement démontra qu'il n'existait aucun corps étranger dans la cavité. La malade succomba trois jours après avec des signes de péritonite.

A l'autopsie, on trouve une péritonite purulente généralisée, dont l'origine apparaît nettement, car on voit dans le petit bassin une sonde en gomme noire demi-molle, longue de 0,15 centimètres environ qui flotte en pleine cavité péritonéale. Elle paraît sortir du cul-de-sac prévésical. Une dissection attentive montre que la sonde est restée fixée par une de ses extrémités dans la paroi vésicale antérieure, où elle était parvenue, ainsi que le montre l'inspection attentive de la vessie et de l'utérus, après avoir successivement perforé la paroi antérieure du col, un peu au-dessus de l'isthme ; puis la paroi vésicale postérieure pour, de là, gagner la cavité péritonéale en traversant la cavité vésicale, où seul est resté un demi-centimètre plus large, le reste de la longueur étant entièrement dans l'abdomen.

Nous notons à propos de cette observation, les points suivants :

1° *La longue tolérance* du péritoine pour un corps étranger volumineux et septique, après double perforation utérine et vésicale. Les premiers signes nets de péritonite n'ont été constatés en effet que trois jours après l'introduction de ce corps.

2° *La valeur capitale ici des anamnestiques pour le diagnostic.* Malheureusement après une exploration négative de la cavité utérine, nous avons mis en doute les dires de la malade, sans songer à la possibilité d'une pénétration intra-péritonéale totale.

3° De notre incrédulité quant à ses dires, est résultée une *abstention thérapeutique* que nous devons regretter. Car une laparotomie pratiquée dans les premiers jours, alors que les signes de réaction péritonéale étaient encore très peu accusés, et l'état général satisfaisant, eut donné à la malade quelques chances de survie. On sait, au contraire, combien ces chances sont infimes lorsqu'on intervient au cours de la péritonite généralisée confirmée et c'est pour

cela que nous n'avons rien tenté dans les quarante-huit dernières heures de l'évolution.

4° Si la pénétration du corps étranger a été constatée conformément aux dires de la malade, il y a lieu, semble-t-il, de ne pas y ajouter foi quant à l'agent d'introduction. Il paraît impossible en effet, d'admettre qu'une sonde demi-molle ait pu pénétrer aussi loin ans mandrin rigide, et que l'effort nécessité par la pénétration au travers de la paroi antérieure du col utérin, ait pu être réalisé par la malade elle-même. Il s'agit donc bien plutôt d'une tentative d'avortement criminel pratiquée par une tierce personne.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

SUR QUELQUES POINTS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Je rapporte deux observations de grossesse extra-utérine à propos desquelles je fais les réflexions suivantes :

1° La grossesse extra-utérine est susceptible de dérouler toute son évolution sans aucun des phénomènes symptomatiques qui lui sont habituels : écoulement sanguinolent par les voies génitales, troubles de compression, symptômes aigus correspondant à la rupture ou à la suppuration du kyste fœtal. Le tableau clinique est en un mot calqué jusqu'à la mort de l'enfant survenant à la fin de la gestation, sur celui de la grossesse normale, intra-utérine.

2° Un des signes habituellement observés, à savoir : la facilité de l'exploration du fœtus par la palpation peut manquer. Dans une des observations signalées, il était en effet impossible en raison de la résistance des parois du kyste, de faire aucun diagnostic concernant la présentation et la position.

3° La tumeur formée par le kyste fœtal, peut être, non pas latérale, mais franchement médiane.

4° Le signe fondamental de la grossesse extra-utérine, à savoir la constatation d'un utérus vide à côté d'un kyste contenant un fœtus, peut aussi manquer complètement. Dans le second des faits rapportés, une volumineuse tumeur kystique contenant un fœtus ballottant, faisait absolument corps avec

l'utérus, et simulait un utérus gravide de même âge. Une seconde masse assez molle, se développant à côté de la première, et séparée d'elle par un sillon, fut prise pour un kyste ovarien, alors que l'intervention démontra qu'elle était constituée par le placenta greffé dans le cul-de-sac de Douglas, et s'y accroissant progressivement.

La tumeur principale était un kyste fœtal développé dans la portion interstitielle de la trompe, puis rompu vers le 2e mois sans que la grossesse fut interrompue, l'utérus continuant à faire partie intégrante de la paroi du kyste dont il ne pouvait être différencié.

En somme, les signes ordinaires de la grossesse tubaire peuvent, ou bien manquer, ou bien être déformés au point de devenir méconnaissables.

On conçoit que le diagnostic déjà difficile dans les conditions ordinaires puisse alors devenir impossible ou presque impossible.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE PROBABLEMENT OVARIENNE.

Présentation de pièces provenant 'une malade qui présenta, à l'Hôtel-Dieu même où elle était veilleuse, des signes de rupture d'une grossesse extra-utérine. Intervention quelques heures après. Inondation péritonéale. Ablation des annexes. Mort 48 heures après avec des symptômes de péritonite.

Les pièces présentées ont été enlevées soit pendant l'intervention, soit à l'autopsie.

Ce sont :

1° L'utérus, assez volumineux, avec sa caduque épaissie et tomenteuse ;

2° Les annexes du côté gauche, normales ;

3° Les annexes du côté droit. C'est sur elles qu'était développé le kyste fœtal, gros, après évacuation, comme un œuf de pigeon, avec un petit orifice de rupture, et dans lequel nous n'avons rencontré aucun débris ovulaire.

Où siège ce kyste fœtal ? C'est là le point délicat. Si l'on s'en tient à l'examen macroscopique, le seul qui ait pu être pratiqué, en raison du peu de temps écoulé, il semble que la trompe soit intacte dans toute son étendue et que l'œuf se soit développé en plein ovaire. On constate en effet par une coupe que celui-ci est comme creusé d'une profonde dépression dans laquelle se loge le kyste, un beau corps jaune, récent, se voyant dans la partie de la glande qui fait partie de la paroi kystique. Mais on sait combien sont rares les grossesses ovariennes, et ne pourrait-il s'agir d'une grossesse développée dans la partie du pavillon la plus rapprochée de la glande génitale, et venant ensuite s'accoler à celle-ci jusqu'à paraître s'incorporer à sa substance ?

KYSTES DE L'OVAIRE ET FIBROMES UTÉRINS

KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE.

Observation d'un kyste de l'ovaire prævia ayant permis, par sa rupture au cours du travail, l'accouchement à terme.

Nous remarquons, à ce propos, que le pronostic que l'on est amené à faire concernant le rôle dystocique d'un kyste pelvien, d'après son siège, ses dimensions, ses connexions, l'impossibilité de le refouler peut être infirmée par la spontanéité de l'accouchement, celleci résultant de la réascension du kyste ou de sa rupture. C'est ensuite que cette rupture que tous les auteurs s'accordent à considérer comme une complication grave suivie le plus souvent d'accidents suppuratifs, peut passer à peu près inaperçue.

Mais ce sont des faits que nous voulons seulement constater, sans prétendre en aucune façon en tirer des conclusions en faveur de l'expectation dans les kystes de l'ovaire coïncidant avec une grossesse déjà avancée. Notre opinion est au contraire conforme à celle communément admise, à savoir qu'il faut intervenir.

Quand et comment? Après discussion des diverses opinions en présence, nous concluons qu'il vaut mieux attendre la fin de la grossesse, afin d'éviter les risques d'un accouchement trop prématuré, et à ce moment, enlever le kyste par la voie vaginale.

Si on n'observe la malade que pendant le travail (ce qui est le cas lorsqu'elle refuse toute intervention prophylactique) et que le kyste ne remonte pas ou ne se laisse pas refouler, on a le choix entre la ponction ou l'incision par la tumeur, et son ablation par voie vaginale. Il nous semble que la ponction ou l'incision, bien que moins chirurgicales, ne doivent pas être entièrement rejetées, car elles peuvent rendre des services lorsqu'on doit intervenir en plein travail, au domicile de la malade, et notre observation montre que l'ouverture d'une poche kystique dans les voies génitales pendant l'accouchement est susceptible de n'entraîner aucune complication.

SUR UN CAS DE PLACENTA ET KYSTE DE L'OVAIRE PRÆVIA COMBINÉS.

Observation d'une malade chez laquelle la ponction d'un kyste prævia pendant le travail compliqué d hémorragies graves par insertion vicieuse du placenta permit l'extraction fœtale sans incidents fâcheux

Je fais remarquer à propos de ce cas: 1° Cette coïncidence, assurément très rare, d'une double dystocie, un placenta prævia central cause de graves hémorragies, et un kyste dermoïde de l'ovaire, immobilisé dans l'excavation, qui compliqua dans une très forte mesure les manœuvres nécessitées par l'insertion vicieuse.

2° La consistance très molle du kyste, grâce à quoi il passa inaperçu jusqu'à une phase avancée de l'accouchement.

3° Que la ligne de conduite adoptée par moi lorsqu'il fut démontré que le kyste ne se laisserait ni refouler ni aplatir, fut inspirée uniquement par le désir de faire vite et de parer au plus pressé, qui était l'hémorrhagie résultant de l'insertion vicieuse. La ponction que les gynécologues s'accordent à ne considérer que comme un pis aller, très inférieur à l'incision et surtout à l'ablation du kyste, ne fut en effet qu'un procédé de fortune, mais très adéquat aux circonstances cliniques de l'observation. Il n'est pas inutile cependant d'ajouter que cette ponction a donné ici des résultats parfaits tant au point de vue de l'extraction fœtale qui fut facile, que des suites opératoires qui furent simples.

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ DANS UN CAS DE KYSTE PRÆVIA.

Observation d'une malade chez laquelle l'accouchement spontané fut obtenu grâce à la réascension du kyste au cours du travail et cela sans aucun accident du côté de ce kyste. Le diagnostic avait été fait vers 6 mois et demi, mais à ce moment, le kyste nous paraissant mobile et sa réascension pouvant être de ce fait escomptée, nous avons préféré attendre plutôt que de faire courir à l'enfant les risques d un accouchement prématuré consécutif à une ovariotomie par voie abdominale. L'événement nous a donné raison. S'il en avait été autrement, nous nous serions probablement décidés à ponctionner le kyste ou à l'enlever par voie vaginale pendant le travail pour faire à la malade l'économie d'une césarienne.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES ET KYSTE DE L'OVAIRE.

Malade enceinte de deux mois chez laquelle un gros kyste de l'ovaire coexiste avec des vomissements incoercibles s'accompagnant d'une altération profonde de l'état général. Ablation immédiate du kyste par voie abdominale. Amélioration rapide et bientot cessation rapide des vomissements. Con-

tinuation de la grossesse. Le point intéressant est de savoir s'il y a eu simple coïncidence entre le kyste et les vomissements ou bien relation entre eux de cause à effet, ce que pourrait laisser supposer la guérison rapide après l'intervention.

KYSTE DE L'OVAIRE EXPULSÉ PAR LE RECTUM AU COURS D'UNE APPLICATION DE FORCEPS

Observation d'une malade chez laquelle au cours du travail on fit le diagnostic de kyste de l'ovaire prævia. Le refoulement de cette tumeur fut opéré sans difficulté, mais, la malade n'ayant plus de douleurs, on fit quelques heures plus tard, une application de forceps, sur une tête arrêtée à la partie moyenne de l'excavation. Pendant qu'on faisait sans difficulté la descente de cette tête, on vit sortir par l'anus un poche kystique du volume d'une orange. C'était un kyste de contenu huileux, entièrement libre de toute connexion et sur la paroi duquel on put repérer un pédicule extrêmement mince. A l'examen macroscopique et microscopique, kyste dermoïde type. Par le toucher rutal, on sent une petite partie de substance correspondant probablement à l'orifice par lequel s'est insinué le kyste. Suites légèrement fébriles. Guérison rapide

ACCOUCHEMENT NORMAL A TERME APRÈS MYOMECTOMIE PRATIQUÉE AU CINQUIÈME MOIS DE LA GROSSESSE. — MALFORMATION FŒTALE.

Observation à propos de laquelle je note les points suivants .

1° La façon remarquable dont a été supporté par un utérus gravide de près de cinq mois l'intervention sagement conservatrice et cependant forcément traumatisante pratiquée par M. Santy. Mais il ne faut pas considérer cette tolérance de l'utérus comme un fait exceptionnel, puisque Treub, continuant une statistique de Thumin, note que dans 126 opérations de ce genre (myomectomies au cours de la grossesse), 28 fois seulement l'intervention fut suivie d'un avortement.

2° L'indication opératoire qui fut ici posée seulement par des douleurs intenses et tenaces à l'exclusion de tout autre symptôme.

3° La coïncidence d'une malformation fœtale (énorme nœvus pilopigmentaire) avec la fibromatose utérine. Coïncidence ou relation d'effet à cause ? Je ne saurais le dire, n'ayant pas trouvé dans la littérature de faits précis autori-

sant la seconde hypothèse. Je rappellerai seulement que j'ai récemment rapporté une observation de fibrome prævia où une opération césarienne pratiquée à la fin de la grossesse permit d'extraire un fœtus vivant porteur de graves malformations (double main bote) des membres supérieurs.

DEUX CAS DE FIBROME VOLUMINEUX DU SEGMENT INFÉRIEUR AYANT PERMIS UN ACCOUCHEMENT SPONTANÉ.

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ DANS UN CAS DE FIBROME PRÆVIA.

GROS FIBROME PRÆVIA. — REFOULEMENT MANUEL APRÈS TRENTE HEURES DE TRAVAIL. — ACCOUCHEMENT PAR LES VOIES NATURELLES.

VOLUMINEUX FIBROME PRÆVIA. REFOULEMENT MANUEL AU VOISINAGE DU TERME. ACCOUCHEMENT PAR LES VOIES NATURELLES.

Observations d'une série de malades chez lesquelles, malgré des fibromes prævias paraissant à priori s'opposer à l'accouchement par les voies naturelles, celui-ci fut obtenu grâce à l'un des mécanismes suivants :

1°) Aplatissement de la tumeur (obs. 1).

2°) Sa réascension spontanée au cours du travail (obs. 2 et 3).

3°) Le refoulement manuel exécuté, pendant le travail ou au voisinage du terme, sous anesthésie et en position de Trendelenburg (obs. 4 et 5).

Il ne faut donc pas, en cas de fibrome prævia, se hâter d'intervenir pendant la grossesse, d'affirmer que rien ne passera même dans les cas où la dystocie paraît très certaine. Il est plus sage, semble-t-il, d'attendre le travail et si. à ce moment, on acquiert l'impression d'un obstacle impossible à déplacer ou à franchir, on a tout le temps de pratiquer une intervention sanglante pour extraire le fœtus.

GROS FIBROME UTÉRIN SOUS-MUQUEUX. ACCOUCHEMENT A SEPT MOIS DE GROSSESSE. EXPULSION DU FIBROME DEUX JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

(Présentation de la pièce)

Observation à propos de laquelle nous notons les points suivants :

1° La tolérance presque parfaite d'un volumineux fibrome sous-muqueux, remplissant presque tout le fond de la cavité utérine, chez une femme ayant eu onze grossesses antérieures et dont la grossesse actuelle n'avait été marquée par aucun accident jusqu'à la fin du 7e mois.

2° L'absence de tout symptôme utérin dans l'intervalle des grossesses.

3° L'existence d'une insertion marginale du placenta, qu'on peut supposer en relation avec la présence du fibrome dans le fond de l'utérus. C'est à cette insertion vicieuse bien plus qu'au fibrome qu'il faut sans doute attribuer l'accouchement prématuré.

4° Les difficultés rencontrées du fait de la rétraction utérine, après la découverte fortuite du fibrome, pour l'établissement d'un diagnostic anatomique exact.

5° L'heureux effet d'un médicament excitateur de la contraction utérine, quant à l'expulsion du fibrome. Nous n'aurions certainement pas usé de ce médicament si nous avions su qu'il s'agissait d'un fibrome pédiculé, véritable corps étranger qui risquait d'être incarcéré par des contractions intempestives. Mais son action, pour imprévue et théoriquement dangereuse qu'elle ait été, n'en a pas moins été bienfaisante, puisqu'elle a abouti à l'expulsion de cette tumeur qui avait le volume d'une petite tête fœtale.

APPAREIL DIGESTIF

RÉFLEXIONS SUR UN CAS DE VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GROSSESSE SUIVI DE MORT.

Il s'agit d'un cas mortel de vomissements de la grossesse, à l'occasion duquel je note quelques réflexions d'ordre clinique et d'ordre thérapeutique qui me paraissent pouvoir se résumer dans les deux conclusions suivantes :

1° Il est des cas où les vomissements graves de la grossesse peuvent évoluer rapidement vers la terminaison fatale sous les apparences d'une certaine conservation de l'état général, d'une certaine tolérance gastrique, et d'un pouls conservant longtemps son rythme normal.

2° Lorsqu'il y aura doute quant aux indications de l'interruption de la grossesse, il semble qu'on doive observer avec grand soin l'apparition de la glycosurie et du subictère, et interpréter ces signes, s'ils existent, en faveur de l'intervention.

ICTÈRE AGGRAVÉ BRUSQUEMENT APRÈS UN ACCOUCHEMENT NORMAL.

Présentation des pièces provenant de l'autopsie d'une femme entrée à la Maternité, ayant, depuis quelques jours, un ictère en apparence très bénin ; son mari était, en même temps qu'elle, en traitement à l'Hôtel-Dieu, atteint lui-même de jaunisse.

Le troisième jour après l'accouchement, la malade est prise brusquement de phénomènes nerveux, agitation, délire, sans aucune élévation de température. Elle succombe le 5e jour, avec des hématémèses. Le foie, pesant 600 grammes, présente tous les caractères de l'atrophie jaune aiguë.

En somme, il s'agit d'un cas type d'ictère aggravé pendant les suites de couches, parce que le foie de la malade, déjà touché par la grossesse (Pinard. Bouffe et Saint-Blaise), n'a pu supporter la très légère infection ou intoxication survenue quelque temps avant l'accouchement : influence du terrain sur l'évolution des maladies.

A noter que le mari de la malade, atteint comme elle d'ictère catarrhal, a très bien et très vite guéri.

DES ICTÈRES GRAVES SURVENANT DANS LES SUITES DE COUCHES, EN DEHORS DES CAS D'INFECTION PUERPÉRALE

Il s'agit d'une malade, qui succomba en 48 heures dans mon service de la Maternité, à la suite de l'aggravation d'un ictère banal survenu à la fin de la grossesse.

De ce cas, et des autres analogues qui ont été publiés, et qui sont, du reste, très rares, nous tirons les conclusions suivantes :

1° Il existe des ictères graves survenant dans les suites de couches en dehors de tout état d'infection puerpérale.

2° Ces ictères graves peuvent être dus à l'aggravation d'un ictère existant pendant la grossesse et dont la cause première est variable.

3° Les ictères aggravés des suites de couches relèvent des mêmes causes et du même mécanisme que les ictères aggravés de la grossesse, ils ont les mêmes symptômes, présentent les mêmes lésions anatomiques, ils n'ont de différent que la date plus tardive d'apparition des accidents graves.

4° Dans les ictères aggravés des suites de couches, le traumatisme réalisé par l'accouchement paraît être la cause de la précipitation des accidents et de la rupture de l'équilibre organique.

5° L'évolution des accidents est très rapide. Il y a prédominance des accidents nerveux. La mort survient en deux ou trois jours.

6° Au point de vue pratique, on doit surveiller les ictères de la grossesse et, dès leur apparition, les traiter, pour prévenir les accidents graves, par le régime lacté, les purgatifs, les antiseptiques intestinaux.

APPAREIL RESPIRATOIRE

PNEUMONIE ET GROSSESSE.

Observation de pneumonie double chez une femme enceinte, consécutive à une pleurésie et terminée par la mort. Accouchement spontané rapide, quelques heures avant l'obitus, d'un enfant vivant de 2600 gr, qui survit dix jours après sa naissance et semble en bonne voie de développement, alors qu'au contraire la mort du fœtus est la règle en pareil cas.

CINQ CAS DE GRIPPE MORTELLE DE LA GROSSESSE ET DES SUITES DE COUCHES.

Il s'agit de cinq cas de grippe, qui marquent le dernier stade de l'épidémie grippale qui a sévi durant la seconde moitié de l'année 1918 et au commencement de 1919.

Ces 5 malades toutes enceintes (proches de leur terme) ou récemment accouchées, ont succombé.

Les quatres premières ont évolué comme la plupart des cas de grippe, avec une prédominance marquée des phénomènes pulmonaires.

La cinquième a présenté une forme particulière d'infection grippale, caractérisée.

1° *par ses symptômes :* Syndrôme bulbo protubérantiel, sans signes de méningite cérébrale ou spinale ainsi qu'il en a été observé fréquemment au cours de la grippe. Ce syndrôme n'est pas sans analogie avec celui qui est décrit pour la rage : hydrophobie, spasmes laryngo-pharyngés, trémulation de la face, etc. A noter l'élévation relativement peu considérable de la température.

2° *par la rapidité de son évolution* (48 heures) avec terminaison brusque par syncope.

3° *par l'absence de lésion macroscopique* constatée à l'autopsie. Il faudrait alors invoquer, pour expliquer le syndrôme observé, l'influence de toxines extrêmement actives et dont l'action serait localisée au niveau des centres bulboprotubérantiels.

CROUP D'EMBLÉE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE.

Observation d'une femme qui dut être trachéotomisée d'urgence quelques heures après son accouchement pour des phénomènes asphyxiques liés à une diphtérie laryngée confirmée par l'examen bactériologique. Nous relevons dans cette observation les particularités suivantes :

1° Il s'agit d'un croup d'emblée de l'adulte, chez une femme enceinte.

2° Ce croup d'emblée a donné lieu à des signes d'asphyxie grave, certainement en relation avec la lésion laryngée mais certainement aussi aggravés par la coexistence d'un goître plongeant.

3° Obstétricalement, l'influence du croup a été nulle, tant au point de vue de l'accouchement qui fut normal, que des suites de couches proprement dites qui ne furent marquées par aucune complication du côté de l'appareil génital.

Les accès de suffocation ne sont apparus qu'un temps assez long après l'accouchement ; ils sont donc sans relation avec les efforts de la période d'expulsion.

TUBERCULOSE

DE LA SURVIE DES ENFANTS D'ACCOUCHÉES ATTEINTES DE TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Statistique se rapportant à 46 femmes ayant accouché dans mon service de l'Hôtel-Dieu, pendant un laps de temps de 6 ans (de 1904 à 1910) et qui toutes présentaient, au moment de leur accouchement, des lésions nettes de tuberculose pulmonaire. Négligeant pour l'instant le sort des mères, j'ai cherché à savoir ce qu'étaient devenus les 46 enfants.

Ces recherches, entreprises sous ma direction par mon élève M. Vittoz, nous ont donné les résultats suivants.

Sur 46 enfants, 7 n'ont pu être retrouvés.

14 étaient nés dans un état de débilité considérable (au dessous de 1.500 gr.).

32 avaient un poids inférieur à 2.950 grammes.

Le reste, soit 10, pesait plus de 2.950 grammes.

Sur 39 enfants retrouvés :

14 survivent, soit 32 % ;

26 ont succombé, soit 68 %.

Les causes de la mort n'ont pas toujours pu être relevées avec exactitude. Notons 2 cas de méningite tuberculeuse, et 7 cas de broncho-pneumonie (diagnostic fait dans un service hospitalier).

Le reste comprend des causes mal définies (débilité congénitale, etc.).

Tels sont les résultats, en quelque sorte brutaux, de notre statistique.

Sont-ils de nature à suggérer quelques réflexions ?

Notons d'abord le chiffre élevé de la mortalité, 68 %. Ce chiffre est très supérieur à celui que je relève chez les enfants nés dans mon service, dans la catégorie la plus maltraitée, celle des enfants élevés en nourrice au biberon, et qui est de 44 %. Et encore sera-t-il probablement plus élevé, lorsque un certain nombre des enfants survivants, encore très jeunes actuellement, auront eu le temps de payer leur tribut aux influences meurtrières qui les menacent plus spécialement.

Quelles sont ces influences ou, si l'on préfère, quelles sont les causes auxquelles est due une aussi considérable mortalité ? C'est là un sujet que je ne peux qu'effleurer, et qui est au surplus fort complexe. Tout d'abord la tuberculose congénitale semble ne jouer qu'un rôle nul ou infime. La plupart des enfants ont survécu un certain temps sans lésion apparente. Ce qui semble réel, c'est d'abord la

débilité congénitale qui met l'enfant en état de moindre résistanee ; c'est ensuite l'hérédo-prédisposition qui le rend apte à contracter des affections bacillaires, d'autant plus que les eireonstances le replacent rapidement dans le milieu familial où la contagion va pouvoir s'exercer avec une extrême facilité. Notons, en passant, la fréquence de la broncho-pneumonie tuberculeuse ou non chez ces petits êtres, résultats en complet accord avec ceux que M. Plauchu a relevés pour les prématurés nés de mères tuberculeuses et soignés à la Nourricerie Rémond (9,7 % de mortalité). A plus forte raison, on peut penser que le déchet sera encore plus considérable lorsque les enfants auront réintégré le milieu familial pauvre et contagionné.

Mais les réflexions qui précèdent intéressent surtout le médecin. N'en pourrait-on faire aussi qui intéressent les accoucheurs ? Je fais ici allusion, à cette question si eontroversée, de l'interruption de la grossesse chez les femmes enceintes tuberculeuses. (Je ne parle, bien entendu, que de l'interruption de la grossesse, tout à fait au début, la seule qui puisse être discutée.) Les adversaires de l'avortement provoqué font valoir deux ordres d'arguments ; des arguments d'ordre maternel : la non amélioration de la tuberculose par l'évacuation de l'utérus, et des arguments d'ordre fœtal : la suppression d'une existence humaine, parfaitement capable de se développer et de prospérer d'une façon utile, tant au point de vue individuel qu'au point de vue social.

En me plaçant sur ce dernier terrain, le seul que je veuille envisager aujourd'hui, j'avoue que j'ai été un peu surpris par les résultats des recherches que je viens d'exposer. J'imaginais que, dans le milieu hospitalier (j'insiste sur ce point), je ne retrouverais, après un temps très court, qu'un nombre infime d'enfants nés de mères tuberculeuses, c'est-à-dire placés, quant au terrain et au milieu, dans les conditions les plus défavorables. La mortalité est considérable, c'est vrai (68 %). Mais, enfin, un certain nombre survivent ; de telle sorte que l'argument d'ordre fœtal a encore une certaine valeur, relative il est vrai, mais non contestable lorsqu'il s'agit de discuter la légitimité de l'interruption de la grossesse chez une tuberculeuse, alors que mon idée préconçue, ou faite d'observations insuffisamment suivies, était que cette valeur était bien près d'être nulle. Il est évident, au surplus, que le prix social ou individuel d'un tel enfant s'accroîtra dans la mesure où s'amélioreront les conditions d'hygiène individuelle ou sociale, où l'enfant sera placé après sa naissance. Sur ce point, d'immenses efforts ont été faits par l'initiative tant publique que privée ; de plus grands encore peuvent être tentés, et il n'est pas douteux que leur réalisation améliorera dans une très notable proportion les résultats déplorables que je viens de signaler.

TUBERCULOSE ET GROSSESSE. MORT RAPIDE après L'ACCOUCHEMENT.

On sait combien est fréquente l'aggravation de la tuberculose pulmonaire au cours de la grossesse et surtout après l'accouchement. L'observation rapportée serait donc tout à fait banale si quelques traits et surtout l'extrême rapidité de l'évolution chez la malade qui en est le sujet ne semblaient pouvoir prêter à quelques commentaires.

Cette rapidité a été telle qu'elle a abouti, en moins de quinze jours après l'accouchement, à une terminaison fatale, alors que dix jours avant cet accouchement, la malade à peine inquiète d'une toux qui durait depuis deux mois, vaquait encore à ses occupations. Dans quelle mesure cette évolution a-t-elle été influencée par une syphilis relativement récente et malheureusement très insuffisamment traitée ? Il est difficile de le dire, bien que cette influence soit possible et même probable. Dans quelle mesure surtout cette évolution funeste aurait-elle pu être enrayée ou atténuée par une interruption de la grossesse provoquée dès le début de la grossesse ? C'est là un problème d'une brûlante actualité et dont la discussion n'est pas près d'être close. Sans qu'il soit, en aucune façon, dans mon intention d'aborder cette discussion à propos du fait particulier que je rapporte, je veux simplement observer que des faits de ce genre où l'influence aggravante de la grossesse et de l'accouchement est si manifeste, sont de ceux qui semblent pouvoir être légitimement invoqués par les partisans de l'intervention précoce dans certains cas bien déterminés. Pour cette raison, j'ai cru utile de verser mon observation dans un débat où les faits cliniques, si relatives que soient les conclusions qu'on en peut ou veut tirer, sont encore les meilleurs arguments à invoquer en faveur de l'une ou de l'autre thèse.

QUELQUES FAITS NOUVEAUX D'AVORTEMENT PROVOQUÉ AU COURS de la TUBERCULOSE PULMONAIRE COMPLIQUÉ de GROSSESSE.

Relation de quatre observations personnelles nouvelles qui semblent venir à l'appui de la thèse interventionniste et démontrer que, dans certains cas, l'interruption de la grossesse, faite dans de bonnes conditions, supprime une cause d'aggravation certaine pour la lésion pulmonaire, sous la condition que le traitement obstétrical soit complété par le traitement médical.

VALEUR PRONOSTIQUE DE LA SÉRO-AGGLUTINATION DU BACILLE DE KOCH AVANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES TUBERCULEUSES.

Le Professeur Courmont et le Dr Papacostas ont apporté au Congrès de Lausanne (1925) les résultats des recherches qu'ils ont poursuivies pendant 4 ans chez 18 malades de mon service de la Maternité de la Charité, au point de vue des variations de la séro-réaction agglutinante avant et après l'accouchement.

De l'étude de ces cas divisés en cas très graves (avant et après l'accouchement) et en cas non aggravés ou améliorés après l'accouchement, ils tirent les conclusions suivantes :

1° L'action de la grossesse en elle-même sur le pouvoir agglutinant paraît nulle ; celui-ci est modifié seulement par l'évolution favorable ou non de la tuberculose.

2° Les *formes fibreuses, légères ou moyennes peuvent supporter très bien la grossesse* (10 cas) ; le pouvoir agglutinant est et reste élevé. Les *formes caséeuses, évolutives*, graves, avec mort souvent rapide après l'accouchement (6 cas), s'accompagnent d'un pouvoir agglutinant nul ou faible, ou abaissé.

3° Une *agglutination nulle ou faible*, ou diminuant pendant la grossesse, restant faible ou diminuant après l'accouchement, est un signe de très mauvais pronostic et coïncide avec les formes graves et mortelles. En effet, dans les 6 cas graves ou mortels, l'agglutination a été nulle ou faible avant et après l'accouchement (4 cas mortels) ou a baissé nettement, soit avant, soit après l'accouchement (2 cas très graves avec mort 3 mois et 1 an après).

4° Un *pouvoir agglutinant élevé* avant l'accouchement et ne diminuant pas, ou même s'élevant après celui-ci, est d'un très bon pronostic et coïncide avec les formes de bonne évolution.

5° Dans un cas, une fausse couche spontanée, et dans deux autres cas, un avortement provoqué, ont été suivis d'une élévation notable du pouvoir agglutinant, coïncidant avec une notable amélioration.

6° L'emploi systématique de la séro-réaction agglutinante, répétée fréquemment chez les femmes enceintes, dès le début de la grossesse et après l'accouchement, peut donner des indications pronostiques extrêmement utiles. Celles-ci ne prennent toute leur valeur que par comparaison avec les signes cliniques.

CONDUITE A TENIR
CHEZ LA TUBERCULEUSE PULMONAIRE ENCEINTE.

Cette question qui a, depuis de nombreuses années, retenu mon attention a été d'abord étudiée par moi en 1912 dans la thèse de mon élève Colombet, puis en 1923, dans un rapport dont j'avais été chargé pour le Congrès, tenu à Lausanne, par l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française.

C'est ce dernier travail, qui est le résumé de mes idées actuelles, que je suivrai dans mon exposé.

Aprés avoir indiqué que je laisserai entièrement de côté le point de vue moral et le point de vue religieux pour ne considérer que le point de vue médical, et constaté que l'influence fréquemment aggravante de l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire est actuellement presque universellement admise, cette influence s'exerçant surtout dans les jours ou les semaines qui suivent l'accouchement, j'étudie les diverses méthodes thérapeutiques qui ont été préconisées dans l'association tuberculose pulmonaire et grossesse. Médecins et accoucheurs se classent, à cet égard, en trois catégories :

1° Ceux qui respectent toujours la grossesse et se contentent de soigner la tuberculose.

2° Ceux qui admettent la légitimité de l'intervention dans le plus grand nombre, ou du moins dans un grand nombre de cas. On les a appeles les interventionnistes absolus. Ils seraient mieux nommés, semble-t-il, les interventionnistes habituels.

3° Ceux qui admettent le principe de l'interruption, tout en estimant qu'elle doit être réservée à quelques cas rares ou même exceptionnels.

1° Ceux qui respectent toujours la grossesse.

Leur but est simple. L'enfant seul compte .Il faut le sauver à tout prix.

Leur méthode thérapeutique a été fixée par Pinard en cette formule : il faut soigner la tuberculose et surveiller la grossesse

Sont abstentionnistes la très grande majorité des médecins et accoucheurs français, et un très petit nombre d'étrangers, surtout Anglais et Hollandais, dont Colombet a noté les noms dans une enquête personnelle faite en 1912. Laissant l'histoire ancienne de côté, je noterai seulement ceux des Français qui, au cours des discussions de ces deux dernières années, se sont déclarés abstentionnistes absolus: parmi les médecins, Rist, Léon Bernard, Dumarest;

parmi les accoucheurs, Pinard, Couvelaire, Herrgott, et tout récemment Fnuhinsholz.

Les arguments sont, réduits à ce qu'ils ont d'essentiel, ceux-ci :

1° *L'enfant a droit à la vie.* Si pour discuter ce droit, on invoque la moindre valeur ou l'avenir douteux d'un enfant né d'une mère tuberculeuse, on peut répondre avec les plus modernes et les meilleurs phtisiologues que l'hérédité de germe ou de terrain n'existe pas ou n'existe qu'exceptionnellement, que les enfants de tuberculeux méritent peut-être spécialement d'être conservés, puisqu'ils sont peut-être, comme le pense Dumarest, les agents d'une immunisation progressive de la race, et qu'enfin il est prouvé que les enfants soustraits aussitôt après la naissance aux risques de contagion maternelle vivent et se développent dans de bonnes conditions.

2° Si, *à l'intérêt de l'enfant*, on oppose *l'intérêt de la mère*, les abstentionnistes contestent que cet intérêt doit bénéficier de l'avortement provoqué, car, disent-ils, ou bien il s'agit de cas bénins et la mère guérira sans avortement, ou bien il s'agit de cas graves, et la mère mourra malgré lui. « Ainsi, dit Dumarest, l'avortement est toujours inadmissible, car dans les cas bénins il est inutile, donc criminel, et dans les cas graves, si l'intervention ne fait pas immédiatement deux victimes, la mère ne survivra guère à l'enfant. »

3° L'avortement provoqué chez une tuberculeuse est susceptible de donner le *même coup de fouet* à la maladie que l'accouchement et ses suites.

C'est l'opinion qu'exprime Rist lorsqu'il écrit qu'il est porté à croire que « l'avortement agit de façon aussi fâcheuse que l'accouchement lui-même ». Certains même estiment, avec Dumarest, que l'avortement provoqué est une opération dangereuse en elle-même et qu'elle est « généralement, de l'aveu de tous les accoucheurs, un désastre pour la mère ».

4° Le *traitement* de la tuberculose pulmonaire bénéficie actuellement, avec la *collapsothérapie*, d'une méthode qui, dans certaines lésions évolutives, unilatérales, donne, au dire de nombreux phtisiologues, des résultats très favorables. N'est-il pas logique, au début d'une tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse, de faire bénéficier la malade d'une thérapeutique qui, jointe à la cure diététo-hygiénique, est susceptible de donner de bons résultats, tout en laissant subsister la grossesse, de préférence à une autre qui, de propos délibéré, sacrifie l'enfant ? Rist s'est fait l'éloquent défenseur de ce point de vue.

5° Enfin, si les abstentionnistes ne peuvent apporter à l'appui de leur conception d'autres faits positifs que les cas dans lesquels les tuberculeuses pulmonaires ont vu leur grossesse, leur accouchement et les suites de couches se passer sans aggravation de leur état, ils utilisent par contre comme argument principal, à l'égard des interventionnistes, l'*absence de résultats positifs* pou-

vant être prouvés de façon nette. Les nombreux faits publiés à l'étranger ne peuvent être retenus, car on peut se demander si le diagnostic de la tuberculose a toujours été bien établi avant l'intervention, et d'autre part il semble qu'on soit intervenu dans beaucoup de cas légers où la gestation eût pu évoluer jusqu'au terme sans dommage pour la mère.

Quant aux statistiques françaises, dit Rist : « elles sont trop peu nombreuses et portent sur un trop petit nombre de cas pour qu'on puisse en tenir grand compte. Le jour où on me démontrera que des tuberculoses avérées ont pu, dans une proportion appréciable, cesser d'évoluer ou évoluer vers la guérison après interruption de la gravidité, je n'hésiterai pas à conseiller l'intervention ; mais jusqu'ici cette preuve n'a pas été donnée ».

2° Ceux qui interrompent la grossesse d'une façon systématique ou au moins habituelle.

La méthode interventionniste systématique (qui ne compte guère en France de partisans déclarés), a été proposée dès 1886 au Congrès de Rome par Pasquali et Bompiani. Elle a été adoptée par un grand nombre de médecins et d'accoucheurs étrangers, surtout italiens, roumains, américains et allemands, dont on trouvera l'opinion exposée dans l'enquête de Colombet, à laquelle il a été fait allusion plus haut.

1° En obstétrique, il faut avant tout sauvegarder les intérêts de la mère, surtout lorsque l'avenir de l'enfant est incertain.

2° La grossesse est une cause certaine d'aggravation de la tuberculose, donc:

a) Elle doit être supprimée ;

b) Il faut en éviter le retour par la stérilisation de la femme (castration, ligature des trompes, hystérectomie).

Ces principes directeurs aboutissent à la formule de l'interventionnisme absolu, donnée par Marigliano en 1907 : *Il faut interrompre la grossesse dans la tuberculose rationnellement et réellement diagnostiquée*, formule adoptée par Ploos, Vicarelli, Hamburger, Chauta, Reynien, et qui s'appuie *sur ces arguments :*

1° *Il est impossible de faire le pronostic de la lésion tuberculeuse dans chaque cas particulier*. Ne pas agir en présence de cette incertitude, c'est exposer la malade à un désastre qui peut être évitable si l'on fait avorter cette phtisique au début de sa grossesse.

2° *L'intérêt de l'enfant* ne doit pas être une cause d'hésitation, car sa valeur ne peut qu'être inférieure.

Il faut ajouter qu'un grand nombre d'accoucheurs étrangers n'admettent pas l'intervention aussi systématique, et se rapprochent ainsi des interventionnistes éclectiques que nous avons rangés dans notre troisième catégorie. Ils cherchent à baser leur ligne de conduite sur certaines règles qui constituent les indications de l'interruption de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire.

De ces règles, deux sont fixes, admises par tous :

a) Il faut intervenir au début de la grossesse, dans les trois premiers mois;

b) La malade doit présenter une forme de tuberculose susceptible de s'améliorer ou de guérir.

Nous devons ajouter qu'un certain nombre d'accoucheurs étrangers, partisans de la méthode interventionniste plus ou moins systématique, considèrent que cette méthode ne doit pas se limiter à l'avortement provoqué, mais qu'elle a comme aboutissant naturel et logique *la stérilisation* de la femme, avec cette idée directrice que l'accoucheur doit achever son œuvre en supprimant définitivement la fonction de maternité qui est la source de dangers constants pour la femme tuberculeuse.

Quant aux moyens employés pour la stérilisation, ils sont les uns définitifs, les autres temporaires.

a) *Stérilisation définitive* : extirpation totale de l'utérus et des annexes (Bumm) ; hystérectomie avec conservation des ovaires, vaginale (Strassmann, Jacob) ou abdominale, hystérectomie sub-totale (Bandeleben, Fraenkæl).

b) *Stérilisation temporaire*. Par la ligature ou la section des trompes ; si la femme guérit, une opération nouvelle dont le succès apparaît bien aléatoire pourra permettre une nouvelle grossesse.

Naturellement, les interventionnistes plus ou moins systématiques dont il vient d'être question, pratiquant fréquemment chez des tuberculeuses l'interruption de la grossesse, fournissent à l'appui de leur méthode de nombreuses et copieuses statistiques. J'ai dit plus haut pour quelles raisons les abstentionnistes ne donnaient à ces caractéristiques que peu de valeur. Il est juste cependant de signaler, ne fût-ce qu'à titre documentaire, les principales. A la clinique de Strassmann, l'interruption de la grossesse a été pratiquée 142 fois ; 24 cas d'avortement provoqué, rapportés dans la thèse de Mondowitsch, ont donné des résultats immédiats toujours bons et des résultats éloignés excellents, sauf dans deux cas. Tous ces avortements ont été pratiqués avant la fin du troisième mois.

Pankow et Kupferlé rapportent 98 observations de la Clinique Médicale de Fribourg-en-Brisgau, où l'avortement provoqué a été pratiqué à des stades divers de la grossesse. Le pourcentage d'amélioration est très élevé lorsqu'on est intervenu dans le premier tiers de la grossesse et pour des lésions limitées

au sommet ; beaucoup moins bon, s'il s'agit de lésions plus intensives et si l'intervention a été faite dans les deux derniers tiers de la gestation.

Signalons encore, relativement à l'hystérectomie, une statistique de Jacob rapportant 16 cas d'hystérectomie originale avec conservation des annexes. Il y eut résultat favorable dans 12 cas, soit 75 p. 100 et échec (aggravation ou mort) dans 4 cas, 25 p. 100.

3° Ceux qui interviennent rarement ou exceptionnellement.

Ce sont ceux qui, admettant l'aggravation habituelle ou tout au moins fréquente de la tuberculose pulmonaire par la gestation, mais pénétrés aussi de cette conviction que le sacrifice de l'enfant doit être évité dans toute la mesure du possible, considèrent comme légitime l'interruption de la grossesse dans certains cas, rares ou exceptionnels, pour lesquels toutes les probabilités (car il ne saurait ici s'agir de certitude) existeront que la mère est appelée à bénéficier au maximum du sacrifice consenti.

L'idée directrice est ici qu'à côté de l'enfant il y a la mère et que l'intérêt suffisamment démontré de celle-là peut conduire au sacrifice de celui-là. Il y a donc une grande distance entre cette théorie et la théorie abstentionniste et il ne faut pas espérer les réfuter l'une par l'autre. Ce sont deux points de vue absolument différents de la conscience médicale.

Cela étant, il faut fixer les cas où le raisonnement et l'observation démontrent qu'une tuberculeuse pulmonaire enceinte n'est pas appelée à tirer un avantage quelconque de l'interruption de la gestation. On élimine ainsi et sans qu'il soit besoin d'insister sur ces points depuis longtemps hors de discussion :

a) Les tuberculoses figées, inactives. Comme le dit Bar[1], il ne peut être question d'interrompre une grossesse parce qu'il y a tuberculose, si celle-ci ne paraît pas influencée. Il est évident que la diététique doit suffire.

b) A l'autre extrême, il ne peut être question d'intervenir si l'on a affaire, quel que soit l'âge de la grossesse, à une *tuberculose trop grave* : granulie ou forme ulcéro-caséeuse. La mère mourrait malgré le sacrifice de l'enfant. C'est celui-ci seul qui doit compter.

c) Enfin de nombreux faits démontrent que dès que la grossesse a atteint un stade un peu avancé, les résultats de son interruption quant à l'évolution de la tuberculose sont douteux et même nuls. Il se passe ce qui se passerait après l'accouchement à terme, c'est-à-dire que souvent l'affection pulmonaire reçoit un coup de fouet, ou tout au moins continue à évoluer. On est donc d'accord pour fixer, avec Bar, aux environs du quatrième mois et même un peu au-dessous, la limite au-dessous de laquelle l'intervention peut donner de bons résultats.

Ces éliminations faites, on arrive à considérer comme justiciables d'une intervention non pas nécessaire, mais possible, les cas de tuberculose :

1° Evolutives ;

2° Curables ;

3° Evoluant chez des femmes enceintes de moins de trois mois.

Ainsi posé, le problème serait pour ceux qui l'admettent la légitimité de l'intervention dans certains cas bien déterminés d'une grande simplicité, si l'appréciation des deux premières conditions, évolutivité et curabilité, était chose facile.

Malheureusement, et c'est là un point sur lequel les abstentionnistes font porter une de leurs graves objections, il est bien souvent difficile en présence d'une tuberculose pulmonaire de dire si elle est évolutive ou non, si elle est curable ou non. Ainsi que l'a dit le professeur Sergent dans une de ses si précises et si lumineuses communications, nous n'avons sur ces questions. hormis les cas extrêmes et nettement tranchés, que des présomptions assez fragiles.

Puisque, une fois établie autant que faire se peut la notion d'activité d'une tuberculose pulmonaire, tout se résume selon la formule de Bar à une *question de pronostic* de cette tuberculose supposée active, et que nous n'avons aucun moyen de porter cette appréciation en toute certitude, on est réduit à considérer avec Sergent le problème « comme à peu près insoluble théoriquement et à régler sa conduite selon les cas particuliers, en se laissant guider par ses impressions personnelles et par le souvenir des observations antérieurement recueillies ».

Telle est la thèse des interventionnistes éclectiques. Ils ne disent pas que l'interruption doit être pratiquée dans tel ou tel cas, mais *qu'elle peut être conseillée* par un médecin ou pratiquée par un accoucheur au début d'une grossesse, chez une femme atteinte de tuberculose évolutive curable, dans le but d'éviter les aggravations qui surviennent souvent (non toujours) à la fin de la grossesse ou après l'accouchement chez de telles malades.

Ils admettent au surplus les difficultés du diagnostic d'évolutivité et du pronostic de curabilité, mais ils ajoutent qu'on peut arriver à des approximations suffisantes par l'examen minutieux de la malade, des lésions pulmonaires, de l'état général, les courbes de poids et de température, l'examen radioscopique, l'examen minutieux et répété des crachats, etc .... Comme en une pareille matière un médecin ne doit rien négliger de ce qui peut l'aider à résoudre un cas de conscience délicat, il est nécessaire de signaler ici que la notion d'énergie chez la tuberculeuse enceinte pourrait, d'après certains auteurs, être mise à profit, au point de vue du pronostic, par l'épreuve de la tuberculine. Bar a insisté sur l'importance de cette épreuve et il formule même les indications thé-

rapeutiques qu'elle lui suggère : « L'organisme qui réagit bien peut avoir des chances de continuer à bien réagir ; celui qui se montre défaillant reste généralement défaillant. Quand je vois des lésions s'accentuer, alors qu'une réaction à la tuberculine est forte, j'ai une tendance, tout en me laissant diriger avant tout par l'examen des poumons, à m'abstenir. Quand, au contraire, je trouve chez une malade des lésions peu graves en soi, mais une réaction nulle ou faible, contrastant avec celle qu'on aurait dû observer de par les lésions, ou de par l'état général, j'interviens surtout si les lésions paraissent avoir débuté avec la grossesse. »

Si, ainsi que nous l'avons vu, les interventionnistes absolus ou habituels ne comptent guère que des étrangers, *les interventionnistes éclectiques ou d'exception sont en très grande majorité Français*. Jusqu'à ces toutes dernières années, il n'y avait guère en France, pour admettre la légitimité de l'avortement, dans certains cas exceptionnels, que le professeur Bar, qui en 1912 s'en déclarait partisan. La même année, je publiais moi-même dans la thèse de Colombet 12 observations lyonnaises, dont 8 personnelles. Depuis 1921, un certain nombre d'adhésions plus ou moins explicites sont venues à la méthode interventionniste éclectique. Ce sont : *du côté des médecins*, Sergent qui « n'hésite pas à conseiller l'interruption de la grossesse, si dès le début il constate l'apparition d'un certain nombre de symptômes indiquant que la tuberculose s'allume » et Kuss, qui estime que si la grossesse détermine d'une manière précise une aggravation notable et progressive d'une tuberculose légère et auparavant inactive, il faut interrompre la grossesse pour enrayer l'évolution de la tuberculose.

Du côté des accoucheurs, en dehors de Bar qui a récemment confirmé à nouveau ses précédentes conclusions, en spécifiant bien qu'il ne fallait pas attendre pour intervenir que les lésions pulmonaires fussent trop avancées, nous pouvons citer Brindeau, Jeannin, Metzger, Bouffe, de Saint-Blaise, Schikelé, Vallois.

Enfin, dans ces tout derniers temps, l'opposition de certains abstentionnistes semble devenir moins irréductible. Ainsi Wallich et Hergott, au cours des discussions de 1921 à la *Société d'Ostétrique de Paris*, ont admis que l'avortement thérapeutique pouvait être justiciable dans certains cas extrêmement exceptionnels.

C'est à une conclusion sensiblemen analogue qu'arrivent les auteurs de récents et très intéressants articles sur la question qui nous occupe : Delmas, pour qui « l'interruption de la grossesse apparaît comme un procédé d'exception» ; Chiré et Walter, qui reconnaissent que dans quelques cas de tuberculose évolutive une intervention, pratiquée au début, a permis d'arrêter l'évolution de la maladie ; enfin Cleisz qui, tout en se défendant de trop de préci-

sions dans l'établissement de conclusions générales, reconnaît que si les cas publiés (d'interruption de la grossesse) sont peu nombreux, ils n'en sont pas moins impressionnants.

Peut-être est-il permis de voir dans les énumérations de noms et dans les citations qui précèdent une tendance de l'obstétrique et de la médecine française à ne plus condamner d'une façon aussi formelle que dans un passé encore récent l'interruption de la gestation chez les tuberculeuses pulmonaires.

Suit l'indication des 38 observations Françaises (dont 13 personnelles) d'interruptions de la grossesse chez des tuberculeuses pulmonaires, publiées jusqu'à ce jour. Il faut y ajouter 20 cas d'hysterectomies.

Enfin, comme conclusion de cette étude documentaire et critique, je précise les règles du traitement qui, à mon avis, doit être appliqué aux tuberculeuses pulmonaires selon les circonstances cliniques dans lesquelles on les observe. Ces règles peuvent être résumées comme il suit :

I. Le traitement de la femme enceinte tuberculeuse ne doit pas être systématiquement conservateur ou interventionniste, il peut être l'un ou l'autre suivant les cas qui se présentent et dont chacun sera envisagé à part, en dehors de de toute idée préconçue.

II. Le traitement sera *uniquement médical* lorsque :

1° La grossesse a dépassé trois mois, quelles que soient la forme et la nature des lésions ;

2° La tuberculose revêt une forme grave (lésions étendues ou à marche rapide) ou au contraire n'a pas de tendance à évoluer (formes figées, cicatricielles).

III. — L'interruption de la grossesse pourra être admise seulement lorsque :

1° La grossesse *n'a pas dépassé trois mois ;*

2° S'il s'agit d'une tuberculose *franchement évolutive*, mais jugée encore *curable*, cette appréciation pronostique dont dépend toute la décision devant être faite à l'aide de toutes les ressources de la clinique et du laboratoire.

L'intervention devra être rejetée toutes les fois que les *circonstances cliniques* (forme favorable à l'institution d'un *pneumothorax artificiel*) ou *sociales* (possibilité d'un traitement hygiénico-diététique suivi pendant toute la durée de la grossesse et des suites de couches) paraitront laisser à la malade des chances de guérison par le seul traitement médical.

L'indication de choix de l'intervention serait donc : *lésions bilatérales à tendance évolutive*, mais encore *curables* chez une femme de la classe **ouvrière**, enceinte de moins de trois mois.

Ainsi limitée, l'interruption de la grossesse apparaît comme une *thérapeutique d'exception*, le traitement étant médical dans l'immense majorité des cas.

IV. *L'intervention*, lorsqu'elle sera admise, sera, le plus souvent, *l'avortement provoqué*, plus rarement l'*hystérectomie* qu'on réserve plutôt aux femmes âgées, épuisées, qui ont déjà des enfants et chez qui il faut redouter les risques d'une nouvelle grossesse. La *stérilisation* sans hystérectomie a quelques partisans.

V. Toute l'attention des médecins et des accoucheurs doit être appelée sur *l'aggravation* fréquente de la tuberculose par l'état puerpéral afin que :

1° Le traitement médical qui est celui de l'immense majorité des cas soit appliqué dès le début de la gestation dans toute sa rigueur et avec tous les moyens dont on dispose (pneumothorax artificiel) ;

2° Que l'interruption de la grossesse, jugée par quelques-uns favorable à l'intérêt de la mère, puisse être sinon *admise*, du moins *discutée* à la seule période où elle est susceptible d'être efficace, c'est-à-dire avant la fin du troisième mois.

Les conclusions qui précèdent n'ont, il est à peine besoin de le répéter, *rien d'absolu*, ni *rien de définitif* : rien d'absolu, car le problème auquel elles s'appliquent est un problème de conscience, complexe et délicat, où intervient l'expérience personnelle de chacun, et d'autre part l'élément principal sur lequel elles s'appuient, à savoir le pronostic de la tuberculose pulmonaire, ne peut être fixé avec certitude ; rien de définitif ,car tout changerait si l'on trouvait un traitement sûrement efficace de la tuberculose, ou si les méthodes de laboratoire arrivaient à en établir le pronostic sans aucune erreur possible. Ce serait alors, dans le premier cas, la conservation assurée de la gestation, et, dans le second, un fondement certain pour l'intervention.

Mais ce jour n'est pas encore venu, et le débat reste ouvert, où, selon le mot de Bar, « tout semble hésitation » et où l'apport de faits cliniques et expérimentaux, chaque jour plus nombreux et qu'il faut solliciter avec instance, peut seul apporter plus de lumière.

GRANULIE RÉNALE AU COURS DE LA GROSSESSE.

Observation d'une malade ayant succombé, à six mois de grossesse, à la suite d'une granulie des reins, elle-même consécutive à un ancien foyer caséeux du rein gauche.

Nous relevons, dans cette observation, les particularités suivantes :

1° Absence de toute manifestation linique d'un processus bacillaire antérieure chez la malade, qui avait toujours joui d'une santé excellente jusqu'à l'affection actuelle ;

2° Evolution clinique de la maladie qui fit d'abord porter le diagnostic de néphrite aiguë, puis de pyélonéphrite de nature indéterminée, alors que seules la découverte d'un foyer de pleurn'a depuis cessé de s'améliorer. A l'heure basse, la succession de quelques températures à type inverse, pouvaient faiblement évoquer l'idée de bacillose

3° La localisation strictement rénale des lésions de granulie découvertes à l'autopsie.

4° L'influence aggravante bien connue, mais particulièrement manifeste dans notre observation, de l'état puerpéral sur une tuberculose restée jusque-là latente ou faiblement évolutive. Ce qui se produit habituellement pour la tuberculose pulmonaire a été constaté ici pour un foyer de bacillose rénale (gros tubercule caséeux visiblement ancien sur la convexité du rein gauche), d'où l'infection tuberculeuse est partie pour se généraliser aux deux reins (et uniquement à eux).

APPAREIL CIRCULATOIRE

GROSSESSE ET MALADIE DE ROGER.

Femme présentant tous les signes sthétoscopiques de la communication interventriculaire.

La grossesse a évolué sans aucun incident, ni symptôme fonctionnel ; mais elle a été cependant interrompue dans le cours du 6e mois. Les suites de l'avortement ont été très simples.

Peut-être cet avortement est-il dû non seulement à la cardiopathie, mais à l'intoxication saturnine (la malade est peintre à la gouache).

AFFECTIONS VASCULAIRES DU CŒUR ET PUERPÉRALITÉ.

Relation de 16 observations recueillies à la Maternité de l'Hôtel-Dieu et qui semblent venir à l'appui des propositions suivantes :

1° Il est difficile d'établir une règle générale concernant la tolérance des cardiaques vis-à-vis de la grossesse. Les accidents peuvent être précoces ou tardifs, par rapport à chaque grossesse considérée en elle-même et aux grossesses successives. Le plus souvent, on ne les constate qu'après un certain nombre d'accouchements alors que le myocarde surmené cède. Dans l'ensemble, on peut affirmer que les cardiaques supportent bien la maternité.

2° Les accidents cardiaques apparaissent rarement à l'occasion de l'accouchement lui-même, bien plus souvent pendant la grossesse et surtout pendant les suites de couches.

3° L'avortement spontané est assez rare .L'avortement provoqué nous paraît être d'une grande gravité pour les cardiaques, chez lesquelles l'intensité des accidents conduit à en poser l'indication. Nous croyons que cette intervention doit être restreinte le plus possible, et, en tout cas, toujours menée avec la plus grande rapidité.

4° Les enfants sont, en général, de poids normal et bien conformés.

5° L'allaitement est bien supporté dans un assez grand nombre de cas (à condition, bien entendu, que la lésion cardiaque soit bien compensée, et qu'il n'y ait pas de troubles fonctionnels du côté de l'appareil respiratoire). Les cardiaques sont souvent de très bonnes nourrices.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CARDIOPATHIES ENVISAGÉES DANS LEUR RAPPORT AVEC L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES.

Relation de 170 observations personnelles recueillies à la Maternité de la Charité, et à l'occasion desquelles je note l'absence fréquente de toutes complications au cours de l'accouchement et des suites de couches. Quand des accidents gravido-cardiaques surviennent, c'est surtout dans les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement. Il y a donc lieu d'exercer à ce moment, même si rien d'anormal ne s'est produit avant ou pendant la gestation, une surveillance particulièrement attentive qui permettra d'instituer à temps un traitement approprié.

ANÉMIE PERNICIEUSE DE LA GROSSESSE. ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SPONTANÉ. AMELIORATION. GUÉRISON.

Femme présentant, depuis le début de sa grossesse, le syndrôme progressivement croissant de l'anémie pernicieuse (Maladie de Biermer) : anémie pro-

fonde (840.000 globules rouges, au millimètre cube), intégrité des globules blancs (12.000), pas de formes anormales des globules rouges. Hémorragies rétiniennes. Cachexie grave. Aucune lésion d'organe (Bacillose ou cancer).

La femme accouche spontanément le jour même où on avait décidé, en raison de la gravité de son état, de la mettre en travail. Enfant mort depuis deux jours.

Après être resté stationnaire pendant quelques jours, l'état de notre malade n'a depuis cessé de s'améliorer. A l'heure actuelle, tant au point de vue général que de la numération des globules (3.600.000), on peut considérer la guérison comme certaine.

En somme, guérison, à la suite de l'accouchement prématuré spontané, d'une anémie très grave de la grossesse, laquelle paraissait devoir entraîner la mort de la malade.

SUR UN CAS D'ANÉMIE PERNICIEUSE GRAVIDIQUE.

Observation d'une anémie pernicieuse gravidique, dont le pronostic nous semblait fatal de par l'aspect même de la malade et de par les constatations hématologiques.

Celles-ci nous ont donné par deux fois des chiffres excessivement bas de globules rouges, inférieurs à 800.000.

D'autre part, il y avait une leucopénie très accusée : caractère hématologique qui n'est pas en rapport avec une forme pouvant permettre l'attente d'une amélioration; mais il faut faire remarquer l'absence de lymphocytose.

Enfin, nous n'avons constaté aucun signe de régénération sanguine, et l'examen du sang nous faisait penser à une anémie aplastique vraie. Peut-être des recherches hématologiques plus souvent répétées nous auraient-elles permis de constater à un moment donné le passage dans le sang d'éléments nucléés.

Malgré tous ces symptômes, l'état de la malade s'est cependant amélioré progressivement après l'avortement spontané à 3 mois et demi, et six mois après son avortement on peut la considérer comme guérie.

La relation de la gravidité avec l'anémie nous paraît indiscutable par ce fait que l'anémie s'établit au cours même de la grossesse, le fait aussi que la grossesse précédente fut marquée par une sorte d'ébauche d'un état anémique transitoire. D'autre part, l'examen viscéral ne paraît fournir aucun argument en faveur d'une anémie symptomatique.

Quant à la pathogénie, nous n'avons pu faire aucune constatation pouvant l'éclairer. Il n'y avait pas de troubles digestifs et intestinaux, pas de signes urinaires, pas d'albumine. En somme, l'influence de la grossesse paraît certaine, mais son mode d'action reste indéterminé.

DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE DE LA GROSSESSE ET DE SON AMÉLIORATION POSSIBLE APRÈS L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ OU PROVOQUÉ.

Ayant observé un certain nombre de cas dans lesquels une anémie pernicieuse gravidique qui semblait grave a été améliorée après l'avortement ou l'accouchement, je signale que cette amélioration peut n'être que transitoire, et qu'il peut y avoir récidive de la maladie. Cependant, il semble que dans certains cas (tel que celui indiqué précédemment) on peut parler de guérison vraie. Aussi paraît-il logique, lorsque le nombre des globules est descendu au-dessous de 1 million par m³ et que les symptômes généraux et fonctionnels sont devenus alarmants, d'interrompre la grossesse afin de bénéficier de l'évolution heureuse qu'on observe quelquefois après l'accouchement spontané.

ALBUMINURIE ET ÉCLAMPSIE

RÉSULTAT DE L'AUTOPSIE D'UNE ÉCLAMPTIQUE MORTE AU 6ᵉ MOIS DE LA GROSSESSE.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, sur laquelle les renseignements cliniques font presque totalement défaut. Enceinte de six mois, amenée à l'hôpital par des voisines, elle prit, en arrivant, une crise d'éclampsie, puis, peu de temps après, une seconde ; après celle-ci, elle put déclarer qu'elle n'avait jamais eu de malaises avant ni pendant sa grossesse. Après une troisième crise, elle tomba dans le coma et n'en sortit plus jusqu'à sa mort, qui survint 10 heures

après l'entrée, malgré un traitement énergique (saignée, chloral à hautes doses, etc...).

Le col étant resté fermé, on ne fit pas de tentatives pour extraire l'enfant, qui avait, du reste, succombé.

A l'autopsie, nous notâmes surtout l'énormité des œdèmes, la présence d'une grande quantité de liquide citrin dans les cavités péritonéales et pleurales.

Le poumon, la rate, le cerveau, le corps thyroïde ne présentaient pas de lésions nettes.

Le foie est gros (1 kg. 600), d'apparence graisseuse, avec des veines sous-hépatiques béantes et de nombreuses petites ecchymoses sous-séreuses.

Le cœur (340 gr.) présente une hypertrophie manifeste du ventricule gauche.

Mais les organes qui sont les plus lésés sont manifestement les reins. Ils sont gros (170-180 gr.), blancs, avec congestion marquée des pyramides, et l'adhérence de la capsule avec de petites cicatrices sous-capsulaires atteste la coexistence de lésions anciennes avec les lésions récentes.

L'utérus gravide a été conservé intact, pour être congelé et coupé.

Histologiquement : le foie présente une congestion intense, et de nombreux petits nodules où se remarquent des amas considérables de cellules embryonnaires, lésions qu'on trouve dans le foie infectieux.

Dans le rein, on trouve manifestement les deux lésions suivantes : 1° Epithéliales : glomérulite avec exsudat albumineux intra-alvéolaire ; 2° Interstitielles : infiltration embryonnaire péritubulaire (Examen fait au laboratoire du professeur Renaut).

En somme, dans ce cas, l'hypertrophie du ventricule gauche, l'abondance des œdèmes et surtout l'intensité des lésions rénales semblent nous autoriser à conclure que le syndrôme éclampsie, observé pendant la vie, était nettement d'origine rénale, et que c'est avant tout parce que le rein était malade que les poisons de l'auto-intoxication gravidique ont pu s'accumuler dans l'organisme et causer la mort. La lésion rénale a été l'intermédiaire nécessaire entre l'auto-intoxication et l'éclampsie.

SUR UN CAS D'ALBUMINURIE GRAVE DE LA GROSSESSE.

Relation d'un cas d'albuminurie grave de la grossesse, à propos duquel nous nous posons la question suivante : Y avait-il lieu chez notre malade d'interrompre la grossesse et quels arguments pouvaient militer en faveur de l'expectation ou au contraire de l'accouchement prématuré provoqué ?

En faveur de l'intervention, on pouvait invoquer :

1° La persistance de l'albuminurie à un taux élevé, malgré le traitement (entre 2 et 6 gr. par litre).

2° La teneur élevée du sang en urée, indiquant une rétention azotémique intense, aggravant considérablement le pronostic maternel. Nous n'hésitons pas à dire que ce fait, s'il avait été connu de nous plus longtemps avant le terme, eut sans doute fait pencher la balance en faveur de l'intervention, et nous sommes décidés à l'avenir à en tenir un compte important chez nos albuminuriques. Il est à noter que la rétention uréique doit être mise au passif d'une lésion rénale assez profonde, en rapport elle-même avec l'angine diphtéritique dont fut atteinte la malade peu de temps avant sa grossesse.

3° *Les risques courus par l'enfant in utero*, du fait de l'intensité et de la prolongation de l'albuminurie maternelle. Ces risques n'existèrent pas dans notre observation, puisque l'enfant naquit spontanément à terme dans un état en apparence favorable. Mais l'argument n'en garde pas moins toute sa valeur, car l'on sait bien que si des gestantes atteintes d'albuminurie grave et tenace minutieusement surveillées et traitées, sont habituellement préservées de complications graves en ce qui les concerne, il n'en va pas de même pour leurs enfants, dont la mortalité *in utero* reste élevée. On est donc toujours tenté d'intervenir en faveur de ces derniers et pour leur éviter les dangers auxquels ils sont exposés du fait de l'intoxication maternelle.

Contre l'accouchement prématuré provoqué, il existait chez notre malade :

1° L'absence de tout signe clinique d'insuffisance rénale grave (en dehors de l'azotémie). Pas de céphalée, ni de troubles de la vue, ni de troubles digestifs, ni d'oligurie.

2° Le désir d'avoir un enfant aussi vigoureux que possible, la prématuration provoquée devant fatalement diminuer un peu sa résistance.

En somme, les arguments pour ou contre s'opposent assez exactement l'un à l'autre. D'où notre hésitation qui conduisit à l'abstention.

MORT RAPIDE AU COURS D'UNE ALBUMINURIE GRAVIDIQUE

Une malade ayant présenté, lors d'une première grossesse, des signes d'albuminurie grave avec éclampsie, fut hospitalisée au sixième mois de sa seconde grossesse pour la même raison : albuminurie grave, oligurie, dyspnée. Son état s'était amélioré notablement sous l'influence du traitement médical, lorsque

apparurent brusquement des signes d'hémiplégie gauche incomplète, avec collapsus cardio-pulmonaire progressif. La mort survint en moins de deux heures. L'autopsie révéla une hémorragie corticale de la région rolandique droite, et des lésions de néphrite chronique ancienne avec poussée aiguë récente.

Deux points particuliers sont à relever dans l'histoire de cette malade :

1° Les accidents qui ont entraîné la mort sont survenus alors que la malade était surveillée dans une maternité depuis plusieurs semaines et que sous l'influence du traitement et du régime elle semblait en pleine voie d'amélioration.

2° La mort n'est pas survenue du fait de l'une des complications habituelles de l'albuminurie gravidique, à savoir l'éclampsie ou l'œdème aigu du poumon, mais bien consécutivement à une hémorragie cérébrale, elle-même conditionnée par des lésions rénales.

Il s'agissait, en somme, d'une néphrite chronique chez une femme enceinte, néphrite brusquement aggravée par la grossesse, malgré la thérapeutique usitée en pareille circonstance.

UN CAS DE RÉTINITE ALBUMINURIQUE.

LA RÉTINITE ALBUMINURIQUE (PRONOSTIC ET TRAITEMENT).

Observation d'une malade jeune, ayant présenté de l'albuminurie gravidique grave, ayant eu à l'occasion d'une grossesse suivante, une première atteinte de rétinite guérie après l'avortement spontané, et un an plus tard de nouvelles hémorragies rétiniennes s'accompagnant de phénomènes cardio-vasculaires.

A l'occasion de cette observation et de quelques autres analogues, nous insistons sur le pronostic de la rétinite albuminurique très différent selon qu'on envisage cette affection en dehors de la grosssesse où les malades meurent presque toujours plus ou moins rapidement, et pendant la grossesse où le plus grand nombre des malades guérit et recouvre la vue. C'est la gravité de la lésion rénale qui fait le pronostic. Aussi ne convient-il d'interrompre la grossesse que dans les formes sévères (gravido-néphrétiques avec intoxication urémique), attendu que la mort et la cécité peuvent survenir dans quelques cas. Dans les formes plus discrètes, on pourra temporiser sans inconvénients.

EXISTE-T-IL DES INDICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ DANS L'ALBUMINURIE GRAVIDIQUE (ÉCLAMPSIE CONFIRMÉE NON COMPRISE)?

Question à laquelle mon élève Gerest répond dans sa thèse inaugurale, en prenant pour base de discussion 430 observations recueillies dans mon service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Nos conclusions sont les suivantes :

1° Il y aurait grand intérêt pour le clinicien à être fixé sur les indications possibles de l'interruption de la grossesse au cours des albuminuries graves.

2° Ces indications sont encore, en l'état actuel de la question, assez mal précisées, multipliées ou restreintes suivant les auteurs.

3° Les conséquences de l'albuminurie gravidique se faisant sentir, soit sur la mère, soit sur l'enfant, nous estimons que les indications de l'accouchement prématuré provoqué pourraient être établies de la façon suivante :

1. — La mort habituelle du fœtus en relation avec l'albuminurie est une indication non contestée.

2. — Parmi les complications, la rétinite albuminurique constitue une indication adoptée par tous dans certains cas.

3. — D'autres complications — anurie, œdème pulmonaire, décollement prématuré du placenta normalement inséré — mettant en péril immédiat l'existence de la mère, nécessitent l'évacuation rapide de l'utérus.

4. — L'accouchement prématuré provoqué proprement dit est commandé par la gravité même de l'albuminurie, cette gravité étant fonction de l'importance de l'albuminurie, de sa persistance malgré le traitement, de l'intensité de certains symptômes, en particulier des œdèmes, de la céphalée et des troubles visuels, de la dyspnée.

5. — Il faut cependant reconnaître que l'ensemble de l'allure clinique peut n'être pas d'une netteté suffisante pour poser d'une façon formelle l'indication d'un accouchement prématuré provoqué. C'est dans ces circonstances que nous estimons utile de recourir à l'avenir à certaines recherches de laboratoire, en particulier au dosage de l'urée dans le sang, une teneur élevée étant un signe de haute gravité et pouvant par conséquent constituer, surtout après contrôle par la constante uréique d'Ambard, une indication de l'interruption de la grossesse avant le terme.

A PROPOS DE TROIS CAS D'ÉCLAMPSIE. FORME COMATEUSE DE L'ÉCLAMPSIE SANS CONVULSIONS.

Nous rapportons trois observations d'éclampsie observées en un mois à la Maternité de l'Hôtel-Dieu et à propos desquelles nous faisons les remarques suivantes :

1° Ces trois observations sont des faits d'éclampsie précoce, les accidents sont survenus avant le 7e mois. Cette date est rare. Tarnier sur 52 cas en note 6 et Bar sur 48, trois avant 7 mois.

2° Nos première et troisième observations sont impressionnantes par la rapidité d'apparition d'un *coma* bientôt mortel. Notre première malade sort de chez elle à 2 heures ; à 3 heures elle est en plein coma ; la troisième malade est sans connaissance 2 heures après sa sortie. Evidemment nous ignorons ce qui a pu se passer dans la rue, s'il y a eu une ou plusieurs crises. Néanmoins, le symptôme prédominant reste le coma. Ce sont *des formes comateuses d'emblée :* la malade est sidérée par le poison éclamptique. C'est comme une forme d'éclampsie sans convulsions dont la gravité est exceptionnelle.

Le Pr Bar a bien mis en évidence cette forme particulière d'éclampsie sans accès. : « Les femmes qui sont dans l'état d'intoxication que je viens d'indiquer peuvent tomber dans une sorte de coma dont elles sortent par moment pour faire des mouvements désordonnés....., ce sont là de véritables crises d'éclampsie, mais qui n'atteignent pas le système moteur, sans convulsions ».

3° Les symptômes urinaires dans nos trois cas sont variables. Notre deuxième malade qui a pris quatre crises convulsives, avait des urines rares et très albumineuses. La première en plein coma n'avait qu'un disque moyen d'albuminurie et sa vessie contenait 300 grammes d'urines claires. Notre dernière malade présentait une anurie persistante ; il est certain que ce symptôme net était une indication de décapsulation rénale, comme l'a bien montré M. Commandeur dans son rapport à la *Société obstétricale de France* (1911). Mais l'issue fatale rapide nous a rendu impossible cette intervention.

UN CAS D'ÉCLAMPSIE MORTELLE A MARCHE RAPIDE.

Cas d'éclampsie dont l'évolution rapide s'est terminée par la mort en quelques heures.

Deux points à noter : 1°) la gémellité (deux fœtus de 3 kilos) dont on connaît la coïncidence fréquente dans les formes graves de l'éclampsie.

2°) L'apparition d'accidents rapidement graves, le coma s'étant installé très rapidement et n'ayant cédé ni au traitement médical ni au traitement obstétrical, et la mort étant survenue en moins de 12 heures.

A l'examen histologique, lésions intenses de la cellule hépatique et de l'épithélium rénal. Pas d'hémorragies interstitielles.

ECLAMPSIE SUIVIE DE MORT PAR HÉMORRAGIE CEREBRALE INTRA-VENTRICULAIRE.

Observation d'une femme amenée à la maternité de la Charité en pleine crise d'éclampsie et morte au bout de deux jours après avoir présenté des signes d'hémorragie cérébrale confirmés par l'autopsie.

Il y a lieu de noter :

1° Le siège intra-ventriculaire de l'hémorragie, assez rarement observé et expliquant sans doute l'absence de tout signe d'hémiplégie pendant l'évolution de la maladie.

2° La très grande valeur diagnostique et pronostique de la ponction lombaire. C'est elle, en effet, qui, par l'aspect hémorragique du liquide extrait, a permis de reconnaître la nature et d'affirmer la gravité de la complication qui allait entraîner la mort.

PONCTION LOMBAIRE ET ÉCLAMPSIE.

Trois observations d'éclamptiques chez lesquelles on a été amené à faire une ponction lombaire soit avant, soit après l'accouchement.

Ces trois faits montrent bien le rôle que peut jouer la ponction lombaire dans la thérapeutique de l'éclampsie, et surtout dans le traitement de ses symptômes nerveux : chez nos malades, agitation, troubles visuels, céphalée ont tour à tour disparu à la suite de la rachicentèse, alors que tous les autres procédés mis en œuvre étaient restés sans résultat.

CRISE D'ÉCLAMPSIE SURVENUE SANS SYNDROMES APRES L'ACCOUCHEMENT.

Accouchement normal à terme d'un enfant vivant de 3200 gr. Placenta normal. Pas d'albumine au moment de l'accouchement. 3 heures après la délivrance, on voit survenir brusquement sans aucun prodrome, une crise d'é-

clampsie typique, en même temps qu'on constatait dans les urines un disque d'albumine. Pas d'hypertension. Le soir même, disparition de l'albumine. Suites normales. De tels faits d'éclampsie survenant ainsi sans aucun signe prémonotoire sont à signaler à cause de leur rareté.

LA GÉMELLITÉ EST-ELLE UN FACTEUR D'AGGRAVATION DE L'ÉCLAMPSIE ?

Relation de 23 cas d'éclampsie puerpérale coïncidant avec une grossesse gémellaire. Sur ces 23 cas, nous trouvons 13 guérisons et 10 morts, soit une mortalité de 43 0/0.

Rapprochant ce pourcentage du chiffre exprimant la mortalité des éclamptiques en général, nous concluons que la gémellité fait l'éclampsie non seulement plus fréquente mais plus grave. Cette aggravation peut s'expliquer par un double mécanisme, la gémellité accroissant l'intoxication maternelle par la présence de deux fœtus et gênant l'élimination des prisons par la compression que l'utérus fait subir aux uretères et aux intestins. Il convient donc de redoubler de précautions dans la surveillance médicale des grossesses gémellaires.

SYSTÈME NERVEUX

LES NÉVRITES PUERPÉRALES LOCALISÉES AU MEMBRE SUPÉRIEUR.

Ayant eu l'occasion d'observer, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, un cas de névrite du membre supérieur pendant la grossesse, j'ai étudié, avec mon élève Doz, les particularités de cette localisation rarement observée. Nos conclusions sont les suivantes :

1°) Les névrites localisées peuvent exister, non seulement (ainsi qu'il est de notion classique) pendant les suites de couches, mais aussi (beaucoup plus rarement) pendant la gestation.

2° Les névrites puerpérales localisées aux membres supérieurs affectent

dans la grossesse soit une forme légère sans signes généraux, sans vomissements, sans albuminurie, soit une forme grave survenant à la suite d'albuminurie ou de vomissements graves.

3° Alors que les névrites survenant au cours de la grossesse, consécutivement aux vomissements graves, sont presque toujours des névrites généralisées, notre observation montre la possibilité de l'apparition, dans les mêmes circonstances, de névrites localisées.

4° Les névrites localisees survenant au cours de la grossessè semblent devoir être rattachées, comme les vomissements avec lesquels elles coïncident ou auxquels elles succèdent fréquemment, à l'intoxication gravidique, elle - même fréquemment d'origine intestinale.

5° Les symptômes de névrites localisées de la grossesse ou des suites de couches sont à la fois sensitifs et moteurs. A noter chez notre malade, l'intensité des phénomènes douloureux et l'absence de réaction de dégénérescence. Pas de troubles trophiques aux membres supérieurs.

6° Le pronostic des névrites puerpérales localisées semble en général des plus favorables. Le traitement doit s'adresser à la cause, c'est-à-dire qu'il doit viser à la désintoxication de l'organisme par les procédés habituels.

Ce traitement causal sera complété par le traitement local approprié.

DEUX OBSERVATIONS D'ENCÉPHALITE AU COURS DE LA GROSSESSE AVEC MORT DU FŒTUS IN UTÉRO.

Il s'agit de deux malades dont l'une présenta une forme sévère d'encéphalite avec subcoma, tachypnée et incontinence des sphincters ; l'autre une forme plus bénigne dont les phénomènes généraux rapidement amendés firent place à des signes de polynévrite qui régressèrent avec lenteur. Ces deux femmes expulsèrent des fœtus macérés, dont la mort in utero semblait contemporaine du début de l'infection encéphalitique. On peut donc se demander si celle-ci n'est pas responsable de l'obitus fœtal, chez deux malades par ailleurs indemnes de tout antécédent personnel ou héréditaire.

ENCEPHALITE LATENTE A FORME TUMORALE ANATOMIQUEMENT. MORT RAPIDE DANS LES SUITES DE COUCHES.

Primipare de 24 ans, sans antécédents notables. Accouchement à terme, avec inertie à la fin de la période d'expulsion ayant nécessité une application de forceps.

Quarante-huit heures après l'accouchement, début de crises convulsives

presque sub-intrantes au cours desquelles la malade est en opisthotonos complet et présente du nystagmus horizontal spontané, et de plus un Babinski bilatéral. Pas d'albuminurie.

Décès au bout de dix heures.

A l'autopsie, les deux zones sous tholamiques présentent une légère tuméfaction mal limitée qui se prolonge en arrière vers les pédoncules cérébraux.

L'examen histologique montre qu'il s'agit certainement d'une encéphalite ayant les caractères anatomo-pathologiques de l'encéphalite épidémique avec petits foyers hémorragiques.

SYPHILIS

DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CHEZ LA FEMME ENCEINTE PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'ARSÉNO-BENZOL.

Etude faite en 1920, c'est-à-dire à un moment où la médication arséno-benzolée chez les femmes enceintes n'était pas encore entrée dans la pratique courante. Ce travail basé sur un grand nombre d'observations de la Maternité des Chazeaux (service de M. Bonnet) et de mon service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, se termine par les conclusions suivantes :

1°) Le traitement de choix de la syphilis au cours de la grossesse semble être la médication arsénobenzolée, à laquelle toute autre thérapeutique paraît nettement inférieure.

2°) Convenablement employé, il est d'ordinaire très bien toléré, tant par la mère, que par le fœtus.

3°) Son efficacité se traduit, dans presque tous les cas, par la disparition des accidents spécifiques chez la mère et la naissance d'enfants à terme, vivants, bien conformés et ne présentant pas, dans la suite, de manifestations d'hérédo-syphilis.

4°) A l'activité remarquable du médicament s'ajoutent des avantages secondaires : rapidité d'action, précieuse quand il s'agit d'accidents aigus ou à proximité du terme, — injections peu nombreuses et indolores, — certitude de la dose absorbée, — discrétion du traitement, — gain de temps.

Ces motifs ne peuvent qu'amener à un traitement sérieux et efficace beaucoup de malades qui en sont éloignées par les inconvénients de la médication mercurielle.

5°) L'arsénobenzol est formellement indiqué dans tous les cas de syphilis contractée au cours de la grossesse, quelle que soit la date de l'infection.

6°) Chez les syphilitiques anciennes, qu'elles présentent ou non des accidents, il sera bon de faire une nouvelle cure à chaque nouvelle grossesse, car il n'existe encore aucune réaction, aucun signe absolu qui puisse nous permettre de conclure à la guérison complète et définitive.

Enfin, dans les cas incertains, où l'on trouve seulement de fortes présomp tions de contamination, ce traitement sera aussi conseillé.

7°) Les contre-indications de l'arséno-benzol ne sont pas modifiées du fait de la grossesse ; l'albuminurie légère, une faible température, le Basedowisme ne semblent pas légitimer une abstention.

8°) Les méthodes thérapeutiques se ramènent à deux :

a) Emploi de doses moyennes ou fortes (deux séries de quatre piqûres d'arsénobenzol : 0,30, 0,45, 0,60, 0,75), la première série dès l'apparition des accidents ou, vers le deuxième ou troisième mois, s'il s'agit de syphilis antérieure à la grossesse ; la deuxième série vers le septième ou huitième mois. Quelques auteurs adjoignent à ce traitement d'attaque une cure mercurielle de soutien, dans l'intervalle des deux séries.

b) L'emploi de doses faibles (préconisées par M. le professeur Nicolas) : trois séries de quatre injections intraveineuses de 0,10 à 0,30, suivant la tolérance ; la première série dès le début des accidents ou au premier mois de la grossesse, si la contamination est antérieure ; la deuxième, vers le quatrième mois ; la troisième, vers le septième ou huitième. Le traitement mercuriel est alors inutile.

Cette seconde méthode a l'avantage de n'exposer, en cas d'intoxication, qu'à de légers incidents.

9°) Dans les cas où l'arsénobenzol est mal toléré, il semble indiqué de le remplacer par trois séries de chacune douze injections intraveineuses de 0,01 cg. de cyanure de mercure, qui, dans la pratique de M. le professeur Nicolas, est d'ordinaire parfaitement toléré et donne aussi des résultats particuliérement satisfaisants.

AFFECTIONS DIVERSES

ANÉVRYSME DU PETIT BASSIN AU COURS DE LA PUERPÉRALITE.

Mon élève Palais rapporte dans sa thèse inaugurale l'observation d'une malade de mon service, IX-pare de 42 ans, chez laquelle, à la fin de sa grossesse, fut diagnostiquée un anévrysme siégeant sur une des branches de l'hypogastrique et qui présentait tous les signes des dilatations artérielles. Cette femme accoucha sans incidents. Un mois après, la ligature de l'hypogastrique fut pratiquée par MM. Durand et Laroyenne. Mais peu après, l'anévrysme qui s'était affaisé récidiva. Son extirpation totale fut alors tentée. Mais la malade succomba brusquement quelques heures après l'intervention.

On ne connaît qu'un très petit nombre de cas de cette affection. La symptomatologie est celle de l'anévrysme en général. Les causes d'ordre général sont celles qu'on rencontre dans l'étiologie de tout anévrysme; mais, lorsque la tumeur anévrysmale survient au cours d'une grossesse et surtout chez une grande multipare, comme dans notre cas, le traumatisme des vaisseaux du petit bassin au cours de la grossesse et du travail peut ne pas être sans influence sur sa formation.

Quant au traitement, la ligature de l'artère hypogastrique semble ne pas amener la guérison définitive. Il faut donc s'adresser à l'extirpation. Mais c'est une intervention difficile et dangereuse, et le pronostic des anévrysmes du petit bassin doit toujours être réservé.

LES FORMES FRUSTES DE L'OSTÉOMALACIE PUERPÉRALE

A l'occasion d'un cas observé dans mon service de l'Hôtel-Dieu, j'étudie, avec mon élève Courtieu, les formes atténuées et frustes de l'ostéomalacie puerpérale, plus fréquemment rencontrées en France que les formes graves.

Ces formes atténuées se traduisant par un ensemble de symptômes dont les principaux sont les phénomènes douloureux osseux (plus spécialement le point sternal décrit par le Professeur Paviot), d'intensité variable, mais qui, au lieu de s'accroître, peuvent disparaître au cours de la grossesse, et la faiblesse musculaire, douleur et myasthénie, amenant l'apparition de troubles moteurs surtout localisés aux membres inférieurs. L'examen radioscopique est négatif dans ces formes frustes, et leur diagnostic, en raison de l'atténuation des symptômes et de leur banalité, souvent difficile. Il faut éviter de les confondre avec les manifestations douloureuses du rhumatisme ou de la syphilis (douleurs ostéocopes), avec les névralgies ou les névrites puerpérales (surtout celles qui sont localisées au membre supérieur), avec la myélite transverse, avec le tabes, enfin avec le relâchement douloureux des symphyses.

DYSTOCIE

VICIATIONS PELVIENNES

RUPTURE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE.

Observation d'une malade qui présentait un bassin généralement rétréci de 10 cm. de diamètre utile. Après 36 heures de travail, la tête restant mobile au-dessus du détroit supérieur et les douleurs étant insuffisantes, on fait une application de forceps en mastoïdo-frontale. Tractions par les lacs, à la suite desquelles la tête se fixe et s'engage. Au cours d'une traction exercée surtout sur le lac frontal, on entend un craquement sec comme d'un os qui se brise. On arrête les tractions. Le toucher pratiqué fait sentir la symphyse pubienne disjointe. Pas de déchirure du vagin. Terminaison de l'extraction par une basiotripsie. Pas de sang dans la vessie. Application d'une ceinture autour du bassin. Suites fébriles avec pouls rapide, ventre ballonné et douloureux. Guérison complète au bout de 15 jours. Pas de troubles de la marche.

Cette observation montre bien la cause de la disjonction : c'est non l'intensité des tractions, mais l'unilatéralité de celles-ci sur le lac frontal, au cours d'une application oblique par rapport à la tête. La traction exercée sur le frontal a défléchi la tête qui s'est coincée dans l'excavation et a fait éclater la symphyse.

On peut discuter la question de savoir s'il fallait continuer l'extraction de la tête non réduite après la rupture de la symphyse, véritable symphyséotomie sous-cutanée. Mais étant donné la gravité de cet accident dont la mortalité est de 20 % dans les meilleures statistiques, il semble que le mieux soit de tout faire pour éviter les déchirures vaginale et vésicale qui sont la cause principale d'aggravation du pronostic.

SUR UN CAS D'ACCOUCHEMENT SPONTANE DANS UN BASSIN RETRECI, PRECEDE DE MANŒUVRES EXTERNES AYANT FACILITE L'ENGAGEMENT DE LA TÊTE

Observation montrant l'heureuse influence exercée par une manœuvre externe, en somme très simple, sur un accouchement que tout annonçait devoir être fortement dystocique (mobilité et excentricité de la tête après 24 heures de travail). Certes, on ne saurait attendre de simples pressions extérieures qu'elles suppriment les effets d'une disproportion mécanique notable entre une tête et un détroit supérieur rétréci. Mais ce qu'elles peuvent faire, c'est, d'abord, en cas de mobile céphalique déjeté latéralement par un promontoire saillant, et par suite poussé obliquement par la force utérine vers une des parois latérales du pelvis, le ramener en bonne place, au centre du détroit, et l'y maintenir. C'est ensuite, en cas de disproportion faible, et de tête suffisamment souple, s'ajouter aux contractions utérines pour obtenir un modelage progressif, suivi d'engagement. Peut-être y aurait-il donc lieu de recourir, dans des cas analogues, à des manœuvres externes, auxquelles, par analogie avec celles qu'on décrit sous le nom de palper mensurateur, on pourrait donner le nom de palper introducteur.

SYNDROME DE KLIPPEL-FEIL ET BASSSIN RÉTRÉCI

Femme de 35 ans, IIᵉ pare présentant au complet le syndrome de Klippel-Feil ou syndrome des hommes sans être caractérisé par l'absence complète de la colonne cervicale. On trouve chez elle les trois signes capitaux sur lesquels insistent les auteurs du syndrome: l'absence de cou, l'implantation basse des cheveux sur le dos, la limitation des mouvements de la tête. En outre on retrouve chez elle d'autres signes décrits dans la thèse de Feil : cyphose légère, abaissement des aréoles mammaires, élévation de l'omoplate

La radiographie montre que les vertèbres cervicales manquent, on voit en effet que toutes les vertèbres s'articulent avec des côtes ; les côtes remontent jusqu'au crâne constituant un véritable thorax cervical ; l'articulation du crâne avec le rachis est imprécise, il semble qu'il y ait une fusion plus ou moins nette entre l'occipital et les deux dernières vertèbres comme cela a déjà été signalé.

Avec cette malformation coexiste une malformation du côté du bassin. Le bassin est aplati et généralement rétréci de 9 cm. 5 environ de diamètre utile Deux accouchements eurent lieu antérieurement sans incident ; il s'agissait toutefois d'enfants petits sans malformations, pesant environ 2.500 grammes.



Fig. 3. — *Syndrome de Kleppel-Feil* (Femme sans cou) Vue de face



Fig. 4. — *Même malade. Vue de profil.*

La coexistence d'une viciation pelvienne n'a jamais été signalée par les auteurs du syndrome de Klippel-Feil ; d'ailleurs on peut se demander si chez cette malade les lésions du bassin ne sont pas dues à un rachitisme surajouté, malgré qu'elle n'en présente pas de stigma tes.

BASSIN SUFFISANT CHEZ UNE NAINE DE 1 m. 17.

Primipare de 37 ans. Nourrie au sein. Premiers pas à trois ans. Premières règles à 25 ans. Taille 1 mètre 17. Aucun signe de myxœdème Intelligence normale.



FIG. 5. — *Bassin suffisant chez une naine.*

Membres supérieurs et inférieurs courts avec égalité du segment brachial et antibrachial d'une part, du segment fémoral et du segment tibial d'autre part.

Le bassin est du type aplati, généralement rétréci, annelé de 8 cm. 5 de diamètre utile.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et demi, l'enfant étant estimé à 2.500 gr. Expulsion spontanée d'un enfant de 2.520 gr. qui se développe très normalement.

En somme, accouchement spontané d'un enfant de poids voisin de la normale dans un bassin qui, à priori, d'après la taille de la malade semblait devoir être fortement dystocique.

L'interprétation de la nature de ce nanisme est plus difficile, et l'on peut hésiter entre trois hypothèses : achondroplasie, rachitisme, dystrophie d'origine thyroïdienne. Bien qu'il existe quelques éléments de chacune de ces affections, il semble que l'on doive admettre cette dernière hypothèse et conclure qu'il s'agit d'une dystrophie d'origine thyroïdienne d'un type incomplet avec association de lésions pouvant être rattachées à l'achondroplasie.

RUPTURES UTÉRINES

PLACENTA PRÆVIA CENTRAL. DÉCHIRURE DU SEGMENT INFÉRIEUR.

PLACENTA PRŒVIA. — RUPTURE DU SEGMENT INFÉRIEUR. HYSTERECTOMIE. — MORT.

RUPTURE SPONTANÉE DU SEGMENT INFÉRIEUR DANS UN CAS DE PLACENTA PRÆVIA TRAITÉ PAR LA MANŒUVRE DE BRAXTON-HICKS. HYSTÉRECTOMIE. MORT.

Il s'agit de trois malades de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, dont l'histoire est, à peu de chose près, identique : Placenta prœvia central, hémorragies abondantes survenues à la fin de la grossesse. Col épais, rigide. On tente et on réussit sans difficulté l'abaissement d'un pied (Manœuvre de Braxton-Hicks), Au bout d'un certain temps. l'hémorragie étant arrêtée, de violentes contractions utérines surviennent et le fœtus est rapidement expulsé. Mais après la délivrance, il paraît un suintement sanguin continu et l'on constate une déchirure sous-péritonéale de segment inférieur en même temps que l'état général devient très rapidement inquiétant. Tamponnement d'attente. Hystérectomie abdominale totale et subtotale pratiquée dans le plus court délai. Mais la malade exsangue ne peut faire les frais de cette intervention et meurt.

Ces faits cliniques me suggèrent (en 1909) les réflexions suivantes :

1° Le passage du fœtus. en l'absence de tout action extérieure et sous la seule influence des contractions utérines, constitue à lui seul un danger sérieux de rupture du segment inférieur chez des malades présentant une insertion vicieuse, plus ou moins centrale, du placenta.

2° Ce danger de rupture a évidemment pour cause une modification profonde du segment inférieur dans sa texture et par conséquent dans son élasticité, du fait de l'insertion vicieuse. Ce danger paraît être d'autant plus considérable que le col est plus rigide, le segment se distendant davantage sous l'influence d'une poussée utérine énergique, derrière un col qui résiste à la dilatation.

3° S'il en est ainsi, tous les traitements obstétricaux du placenta prævia, qui supposent le passage du fœtus à travers le segment et le col, peuvent être éminemment dangereux, et il est parfaitement logique, comme le proposent de nombreux accoucheurs allemands, de pratiquer l'opération césarienne comme traitement de choix et d'emblée du placenta pævia. Le difficile, disais-je dans ma première communication est de savoir dans quel cas de placenta prævia il conviendra d'instituer une thérapeutique qui peut paraître et qui est en réalité audacieuse. Car il ne saurait être question d'en user dans tous les cas, ni même dans la majorité des cas. Je me déclarais à cet égard dépourvu d'idées bien précises. Depuis que j'ai pu observer ma dernière malade, il me semble que je serais plus affirmatif, et je dirais volontiers :

Il faut pratiquer l'opération césarienne chez toute malade atteinte de placenta prævia central, et chez laquelle on trouve un segment inférieur insuffisamment constitué, en même temps qu'un col dur et résistant. Je dirais aussi : il faut opérer dès le début des hémorragies, si l'on peut, ainsi que le propose Selheim, par conséquent avant d'appliquer aucun traitement obstétrical, afin d'avoir autant que possible un enfant vivant, et aussi afin que les malades soient dans un état de meilleure résistance.

Un peu plus tard (en 1910), mon élève Christophe réunit dans sa thèse les observations qui précèdent et quelques autres analogues (en tout 18 cas dont 5 personnels), où, au cours de l'accouchement avec insertion vicieuse du placenta, il y a eu rupture spontanée du segment inférieur, les traumatismes obstétricaux semblant ne pas pouvoir être incriminés et le passage spontané du fœtus sous l'influence de contractions utérines paraissant seul responsable. Notre conclusion thérapeutique est la même que celle qui est indiquée précédemment

RUPTURE UTÉRINE TRAITÉE PAR LE TAMPONNEMENT SI MPLE. GUÉRISON.

RUPTURE DU SEGMENT INFÉRIEUR AU NIVEAU DU PROMONTOIRE, TRAITÉE PAR LE TAMPONNEMENT. GUÉRISON.

Il s'agit de deux ruptures utérines, semblant toutes deux intra-péritonéales et survenues en dehors de l'insertion vicieuse du placenta. Dans un cas, la rupture s'était produite consécutivement à une présentation de l'épaule négligée (2e fœtus d'un accouchement gémellaire) ; dans le second, il existait un rétrécissement léger du bassin, et une application de forceps avait été tentée après 48 heures de travail. La déchirure, constatée après l'extraction fœtale, s'était faite au niveau du promontoire et l'on peut se demander si elle était due à l'usure des tissus par suite de la pression prolongée de la tête ou au contraire au forceps.

Dans les deux cas, il n'y avait pas d'hémorragie et l'état général de la malade était très inquiétant. Pour ces deux raisons, bien que partisan en principe de l'hystérectomie pour des cas de ce genre, je me suis décidé pour l'expectation. Un tamponnement peu serré a été appliqué par précaution contre une hémorragie possible et pour assurer le drainage. Les deux malades ont guéri, après des incidents divers. Une transfusion avait été faite à l'une d'elles.

Mon élève Pitavy a résumé dans sa thèse inaugurale (1925) ces deux observations et quelques autres analogues. Notre conclusion est que si, en présence d'une rupture utérine, le principe de l'intervention opératoire doit être admis dans la grande majorité des cas, il est, cependant, des circonstances où on peut être conduit à s'abstenir. Parmi ces circonstances, on peut citer :

1°) La déficience des conditions matérielles, comme c'est le cas par exemple à la campagne, loin d'un centre chirurgical.

2°) La gravité de l'état général de la malade qui l'empêcherait de supporter un déplacement à longue distance ou le shock anesthésique et opératoire.

3°) La petitesse de la déchirure, sa situation extra-péritonéale, l'absence ou le peu d'importance de l'hémorragie

Dans ces conditions, on peut avoir recours à l'expectation en plaçant simplement une mèche dans la plaie utérine, et en relevant l'état général de la malade par tous les moyens possibles.

Dans un certain nombre de cas, on aura ainsi des succès inespérés dont les deux cas que j'ai observés sont des exemples.

DYSTOCIES DIVERSES

VERSION SPONTANÉE BRUSQUE A LA FIN DU TRAVAIL, DANS UNE PRÉSENTATION DE L'EPAULE.

Il ne s'agit pas dans cette observation d'une version spontanée, telle qu'on peut en voir parfois au début du travail dans les présentations de l'épaule. Dans ces cas, le changement de présentation s'opère lentement, avant la rupture des membranes, sous l'influence de contractions utérines partielles et probablement coordonnées. Chez ma malade, une minute à peine avant la rupture de la poche, on sentait nettement une présentation transversale, et c'est au moment même de cette rupture que, la version s'étant effectuée spontanément et presque en un clin d'œil, les pieds ont paru à la vulve.

La cause déterminante de ce phénoméne, probablement trés rare, paraît avoir été l'écoulement brusque du liquide amniotique coïncidant avec une contraction utérine énergique. Cette version spontanée a été certainement facilitée par la petitesse relative de l'enfant, — et surtout par l'état de multiparité de la mère : il est certain qu'elle se serait plus difficilement effectuée chez une primipare dont l'utérus plus résistant se serait sans doute opposé à une évolution aussi rapide.

Il faut noter aussi les deux points suivants :

1° La version spontanée a été pelvienne, et non céphalique comme dans le plus grand nombre des cas rapportés.

2° Elle a été brusque, presque instantanée, alors que assez souvent, en particulier dans l'observation bien connue de Velpeau, il a fallu, un temps très long pour que le déjettement progressif de l'épaule amène la tête fœtale vers l'excavation pelvienne (il s'agissait d'une version spontanée céphalique).

DYSTOCIE PAR VOLUMINEUSE BRIDE VAGINALE

Il s'agit d'une dystocie par bride vaginale congénitale tendue en quelque sorte de champ à la partie moyenne du vagin et il fut nécessaire, en raison de son épaisseur et de son manque de souplesse, de la sectionner sous anesthésie. Malheureusement, il s'agissait en outre d'une primipare dont l'enfant se présentait par le siège, mode décompléte des fesses, avec des parties-molles trés résistantes qui imposèrent la mutilation du fœtus pour terminer l'accouchement.

DELIVRANCE

UN CAS D'ADHÉRENCE VRAIE DU PLACENTA.

Il s'agit d'un cas observé alors que je remplaçais M. le Professeur Fabre, dans son service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

La malade avait eu de petites hémorragies pendant la grossesse.

Après l'accouchement, une hémorragie très abondante nécessite la délivrance artificielle immédiate.

Celle-ci présente des difficultés tout à fait insolites. Nous sommes obligés de décoller placenta et membranes morceaux par morceaux, fragments par fragments, en grattant avec l'ongle et en pétrissant, pour ainsi dire, les lambeaux, tellement l'adhérence au tissu utérin est forte. Hémorragie très abondante ; inertie utérine totale. Néanmoins, après avoir éprouvé de grandes inquiétudes, nous sentons l'utérus se contracter au bout de quelques minutes et la malade guérit bien.

Le placenta est absolument déchiqueté, mince, étalé, blanchâtre. Les membranes sont très épaisses.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Fabre, donne les résultats suivants :

Grosses lésions de la caduque utéro-placentaire dont l'épaisseur est décuplée ; cellules déciduales très altérées dans la forme et l'aspect de leurs éléments constituants. Un grand nombre d'éléments déciduaux ne sont plus reconnaissables qu'à des débris de noyaux. Substance intercellulaire considérable et provenant probablement des restes du protoplasma.

En somme, lésions intenses expliquant l'adhérence anormale.

SUR UNE MODALITÉ CLINIQUE DES HEMORRAGIES de la DÉLIVRANCE.

HÉMORRAGIE INTERNE DANS LE SEGMENT INFÉRIEUR, L'UTÉRUS ÉTANT RÉTRACTÉ.

Communication de deux observations personnelles, analogues à d'autres publiées antérieurement (1899), par Maygrier et qui semblent légitimer les conclusions suivantes :

1° Il existe une variété spéciale d'hémorragie interne, dans laquelle le sang s'accumule exclusivement dans le segment inférieur, le corps utérin n'ayant été à aucun moment distendu.

2° Cette variété d'hémorragie doit être individualisée non pas à cause de l'origine du sang (laquelle est, dans l'espèce, indifférente), mais en raison de son allure clinique tout à fait spéciale.

3° Cette allure clinique est essentiellement caractérisée par la triade symptomatique suivante :

a) Phénomènes d'hémorragie interne grave, absence ou peu d'importance de l'hémorragie externe.

b) Présence d'une tumefaction sus-pubienne, se développant rapidement et pouvant atteindre des dimensions considérables.

c) Constatation, au dessus de cette tumeur, de l'utérus globuleux et rétracte (sauf la présence possible d'inertie localisée).

4° Ces hémorragies sont dues à l'accumulation dans le segment de sang provenant soit du corps utérin (inertie localisée), soit du segment déchiré ou d'une insertion vicieuse du placenta. La rétention du sang résulte, le plus souvent, de la présence du placenta formant bouchon sur le col.

5° Le diagnostic de ces hémorragies est difficile, en raison de l'association de symptômes habituellement dissociés (hémorragie interne et utérus rétracté) et de la présence de la tuméfaction sus-pubienne qu'on peut confondre avec un épanchement intra ou sous-péritonéal lui-même dû à une rupture utérine, avec une vessie distendue, etc.

6° Le pronostic peut être aggravé de ce fait que, en raison de l'incertitude du diagnostic, le traitement est souvent appliqué trop tard, toute la période de début étant silencieuse ou mal interprétée.

7° Le traitement doit s'adresser à la cause et comporte comme premier temps l'évacuation du segment inférieur.

DE L'INSERTION DU PLACENTA DANS UNE CORNE UTÉRINE OU PLACENTA ANGULAIRE.

Ayant eu l'occasion d'observer trois malades dont la grossesse avait été profondément troublée par l'insertion du placenta dans une corne, nous étudions certaines particularités de ces grossesses dites angulaires.

Et d'abord, comme le remarque Puech, après 4 mois, la grossesse n'est plus angulaire : « Dans la suite, dit-il, tout l'utérus s'accroît. » Les accidents que l'on aura à partir de cette date seront donc dus à peu près uniquement, non plus au développement de tout l'œuf dans une corne, mais à l'insertion du placenta qui reste fatalement au point où il est attaché primitivement. C'est pourquoi nous disons « placenta angulaire ».

Ce mode d'insertion du placenta est la cause de troubles de la grossesse et de l'accouchement qui sont surtout *des hémorragies de la grossesse, de l'hydrorrhée amniotique et des difficultés de la délivrance*, jusqu'ici peu signalés par les auteurs.

Les hémorragies ont été d'allure variable, chez la même malade, tantôt écoulements sanguinolents peu abondants et de courte durée, mais à répétition, revenant soit à l'époque des règles soit en dehors ; tantôt hémorragies vraies, ayant tous les caractères de celles du placenta prœvia, auquel elles faisaient immédiatement songer.

A propos de la durée de l'hydrorrhée amniotique nous faisons remarquer que l'accouchement ne s'est produit chez notre 1re malade que 7 semaines, chez la 2e que 4 semaines après la rupture de la poche des eaux.

Nous insistons surtout sur les accidents de la délivrance : *adhérence vraie* de la presque totalité du délivre, *rétraction utérine* très marquée, rendant très difficile l'introduction de la main. Nous avons chaque fois trouvé l'utérus rétracté en un long canal étroit et rigide, qu'il était très pénible de dilater, même sous anesthésie complète, pour atteindre l'insertion placentaire. Puis, c'est par morcellement, par arrachement qu'il faut enlever le placenta. Les cotylédons très minces, fibreux, lardacés, recouvrent une large étendue.

De plus la paroi utérine sous-jacente est extrêmement amincie. Au cours de nos 3 délivrances artificielles, nous avons été frappés de cette minceur qui rendrait facile une déchirure utérine, si la main abdominale ne contrôlait pas le travail de la main dans la cavité.

SUR UNE FORME CLINIQUE D'INERTIE APRÈS LA DÉLIVRANCE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PHÉNOMÈNES DE SHOCK DANS LE POST PARTUM IMMÉDIAT.

Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades qui avaient présenté après la délivrance des phénomènes généraux graves en même temps qu'une inertie utérine presque complète mais sans hémorragie ou du moins sans hémorragie importante, j'ai étudié ces faits d'abord dans la thèse de Valette (Lyon 1908), ensuite en collaboration avec M. Gonnet (R. Obst. de Lyon 1909), enfin dans la thèse de mon élève Volmat (Lyon 1913). Ils nous conduisent à certaines réflexions dont voici le résumé :

En premier lieu le début des accidents est très spécial.

L'accouchement, la délivrance ont été normaux, mais *brusquement* tantôt peu après l'expulsion du délivre, tantôt assez longtemps, 1 heure par exemple, l'inertie apparaît soudaine et totale, alors que rien ne la faisait prévoir.

L'inertie est d'emblée *totale*, l'utérus mollasse, presque impossible à retrouver par le palper, est comme insufflé, il remonte jusqu'aux fausses côtes, et, lorsque la main est introduite à son intérieur, l'impression ressentie est d'aller jusque sous le diaphragme.

Cependant, *l'hémorragie est peu abondante :* à l'extérieur il s'écoule seulement un peu de sérosité sanguinolente, la cavité utérine ne contient que quelques caillots. La quantité de sang épanché atteint rarement 500 grammes au total.

En face de cet état local déjà impressionnant s'installent, et brusquement aussi, des *phénomènes généraux* d'allure très grave.

En quelques minutes la parturiente passe d'un état satisfaisant à un second état qui paraît voisin d'une mort imminente, et, nous insistons sur ce point, sans qu'il y ait à ce moment une hémorragie soudaine et abondante.

La malade pâlit, se décolore, sa face est froide, le nez se pince, les traits sont tirés. Les yeux restent ouverts, mais la malade n'y voit plus ; elle n'entend plus. Elle ne dort pas, n'est pas éveillée non plus, est plongée dans une sorte de prostration d'où les excitations les plus vives la tirent avec peine.

Si l'on recherche l'état du pouls, on trouve une pression artérielle extrêmement faible ; les pulsations sont petites rapides, quelquefois irrégulières. Le pouls est filant, parfois même imperceptible à la radiale.

En même temps la respiration est courte, haletante, irrégulière.

Dès le début des accidents la malade a la sensation de mort prochaine ; elle répète à chaque instant « je ne vois plus, je meurs ». Nous n'avons pas constaté de périodes d'excitation alternant avec ce calme profond.

En somme, ces phénomènes généraux très impressionnants sont assez semblables à ceux que l'on décrit dans l'état de *shock abdominal*.

Leur durée est en général assez longue, presque toujours d'à peu près 3 heures quel que soit le traitement employé : l'une de nos malades à quatre accouchements successifs a présenté les mêmes accidents pendant 3 heures et au quatriéme ne s'en effrayait plus.

Leur disparition est progressive ; l'utérus se contracte d'abord incomplètement et à intervalles éloignés, puis les contractions se rapprochent, de plus en plus énergiques et prolongées, et peu à peu apparaît le globe de sûreté sus-pubien.

Les phénoménes généraux cèdent en même temps et le plus souvent le lendemain, 24 heures aprés l'accouchement, la malade est dans un état trés satisfaisant, nullement anémiée, le pouls voisin de 80, trés différente des malades ayant eu de l'inertie avec hémorragie abondante.

En somme, cliniquement, les faits que nous avons observés sont caractérisés par *une inertie utérine totale et brusque survenant parfois assez longtemps après la délivrance, ne s'accompagnant pas d'hémorragie abondante*, mais, par contre, *de phénomènes généraux* de *shock avec réflexes circulatoires et respiratoires d'allure* trés grave.

La cause des accidents observés paraît variable et souvent peu nette.

Quelquefois, *l'accouchement a été assez rapide*. Surtout chez notre deuxième malade, pendant les deux dernières heures les douleurs très énergiques et très pénibles furent presque continues.

Mais il ne s'agit pas néanmoins d'accouchement brusqué.

Ce que nous avons observé de plus net est d'abord le rôle de *l'émotion* puis le fait de la *répétition des accidents chez la même malade*.

Au point de vue de la *pathogénie*, on peut supposer que les troubles circulatoires qui caractérisent ces phénomènes de shock sont eux-mêmes causés par des réflexes inhibitoires à point de départ utérin, ces réflexes pouvant avoir comme point de départ, dans certains cas, une légère fissure utérine causée par le passage brusque d'une grosse tête.

Pour Stapfer, les accidents seraient dus à une dilatation brusque de la circulation veineuse mésentérique avec afflux énorme du sang dans la cavité abdominale : c'est une sorte de saignée interne par décompression.

Le pronostic est bénin malgré l'allure particulièrement grave du tableau clinique.

Quant au traitement, il consiste surtout à relever la tension artérielle par tous les moyens d'usage, à masser et à comprimer l'utérus (compression interne et externe), et aussi à comprimer l'abdomen par un bandage serré. Il faut noter l'inefficacité absolue de l'ergot.

THERAPEUTIQUE OBSTETRICALE

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

DEUX OBSERVATIONS D ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ CHEZ DES DIABÉTIQUES.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT OBSTÉTRICAL DU DIABÈTE SUCRÉ.

PEUT-IL ÊTRE INDIQUÉ D'INTERROMPRE LA GROSSESSE CHEZ LES DIABÉTIQUES ENCEINTES ?

Ayant eu l'occasion, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, d'observer deux diabétiques chez lesquelles je fus amené à faire l'accouchement prématuré provoqué, j'ai essayé, d'abord dans le livre jubilaire du Professeur Lépine, ensuite en collaboration avec mon élève Voudouris de répondre à cette question : peut-il être indiqué d'interrompre la grossesse chez les diabétiques enceintes ? A mon avis, la ligne de conduite doit être tantôt l'expectation, tantôt l'intervention.

1° *L'expectation.* — *a*) Chez les femmes qui ont un diabète bénin, bien supporté, avec une tendance de la glycosurie à diminuer et même à disparaître, à mesure que la grossesse approche de son terme.

b) Chez les femmes à diabète grave d'emblée, avec état général inquiétant dès le début de la grossesse. Chez ces malades l'avortement provoqué ne peut être considéré que comme un moyen *in extremis*, le plus souvent inefficace.

2° *L'intervention.* — *a)* Dans les cas de grossesse avec hydramnios et troubles graves de compression. On interrompt la grossesse dans l'intérêt surtout de la mère sans s'occuper de la viabilité plus ou moins grande du fœtus.

b) Chez les femmes à diabète bien supporté, mais chez lesquelles il y a une tendance à l'augmentation de la glycosurie, malgré le traitement, et une tendance du fœtus à grossir exagérément, ce fœtus succombant le plus souvent à la fin de la grossesse.

Chez ces malades, on sera souvent conduit à pratiquer l'accouchement prématuré provoqué, surtout dans l'intérêt de la mère, afin d'éviter à celle-ci des complications amenées par l'excès de volume du fœtus à terme. Secondairement dans l'intérêt de l'enfant, à cause de la mort habituelle du fœtus. Il faut signaler cependant que les observations rapportées ne viennent pas à l'appui de ce second point de vue, l'enfant, profondément intoxiqué, mourant peu de temps après la naissance.

DES RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ dans les RETRECISSEMENTS du BASSIN.

J'ai rapporté dans la thèse de mon élève Delaigue les résultats de 78 accouchements prématurés provoqués pour viciation pelvienne dans les Maternités de la Charité (service de M. Commandeur) et de l'Hôtel-Dieu (à noter que ce travail remonte à 1909, c'est-à-dire à un moment où l'on pratiquait beaucoup moins d'interventions sanglantes qu'à l'époque actuelle et où, par conséquent, on avait une tendance à étendre les indications de l'accouchement prématuré).

Les résultats de ces 78 interventions ont été les suivants :

Mortalité infantile immédiate	12.82 %.
Mortalité infantile à la sortie	20.51 %.
Morbidité maternelle	7.69 %.
Mortalité maternelle	nulle,

Nous avons obtenu des renseignements sur 30 des 78 enfants : tous étaient encore vivants en mai 1909.

III. Ces résultats, tant immédiats qu'éloignés, nous paraissent constituer un argument en faveur du maintien de l'accouchement prématuré provoqué parmi les méthodes de traitement des rétrécissements du bassin.

Pour donner de bons résultats en ce qui concerne l'enfant, l'accouchement prématuré ne doit pas être pratiqué trop tôt. Nous l'excluons donc formelle-

ment de la thérapeutique des bassins ayant moins de 8 centimètres de diamètre utile. Au-dessus de ce chiffre il donnera des résultats d'autant meilleurs qu'on se rapprochera davantage du terme. Dans nos observations, le poids de l'enfant n'est jamais tombé au-dessous de 1750 grammes. Le poids moyen a été de 2300 à 2400 grammes.

Au-dessous de 8 centimètres de diamètre utile, la *césarienne* devient l'intervention de choix. Nous estimons donc que l'accouchement prématuré reste l'intervention la plus avantageuse pour une certaine catégorie de bassins rétrécis ; ceux dans lesquels la viciation est trop accusée pour qu'on puisse espérer un accouchement à terme, et pas assez pour qu'on ne puisse espérer le passage spontané d'un enfant de poids suffisant pour permettre sa survie soit immédiate soit éloignée. Il y a lieu d'insister sur le chiffre très élevé d'enfants que nous avons retrouvés en bonne santé longtemps après l'intervention.

DE LA VALEUR SOCIALE de L'ENFANT NÉ PAR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURE PROVOQUÉ dans les RETRECISSEMENTS du BASSIN.

Guibert a rapporté dans sa thèse (Lyon 1910) 13 observations se rapportant à des malades de mon service de l'Hôtel-Dieu chez lesquelles on avait provoqué l'accouchement avant le terme pour un rétrécissement du bassin. Les résultats éloignés de ces interventions prouvent que les enfants nés ainsi acquièrent par la suite un développement physique et intellectuel tel que rien ne les différencie des enfants nés à terme.

Sur 44 enfants (ensemble des cas relevés par Guibert) dont l'âge varie entre 13 ans et 2 ans, 4 sont morts (mortalité fœtale éloignée 9,09 %), un a un développement physique insuffisant, et un autre un développement intellectuel laissant à désirer.

UN CAS D'HÉMORRAGIE CONSÉCUTIVE A L'INTRODUCTION D'UNE BOUGIE DE KRAUSE.

DES ACCIDENTS HÉMORRAGIQUES AU COURS de L'INTRODUCTION DES BOUGIES DE KRAUSE DANS L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURE ARTIFICIEL.

J'ai observé deux cas d'hémorragie assez grave consécutive à l'introduction d'une bougie de Krause, et mon élève Willermoz en a réuni quelques au-

tres dans sa thèse inaugurale. Il s'agit d'une complication rare et heureusement peu grave.

Ces hémorragies peuvent être soit d'origine vulvo-vagino-cervicale (blessure d'une veine variqueuse soit par la bougie soit par une pince de Hegar), soit utérine et alors on peut invoquer la perforation du placenta ou l'ouverture du sinus circulaire. Cette dernière cause est la plus importante.

Le plus souvent, ces hémorragies cèdent spontanément après l'extraction de la sonde. S'il n'en était pas ainsi, il faudrait lier le vaisseau qui saigne (varice cervicale) ou pratiquer un tamponnement vaginal serré.

DE LA TRACTION MANUELLE PAR LES LACS DANS LES APPLICATIONS DE FORCEPS. TRACTION SUR LES DEUX LACS, TRACTION UNILATÉRALE.

Cette étude, faite sous la direction du professeur Fochier et conformément aux idées depuis longtemps soutenues par lui, est un travail d'ensemble, sur un procédé fort usité à Lyon et peu connu ailleurs : la traction manuelle des lacs dans les applications de forceps.

I. — Dans un premier chapitre, je montre par quelle série de moyens on s'est ingénié à réaliser une traction idéale, c'est-à-dire répondant à ces deux desiderata :

1° Tirer dans l'axe du bassin.

2° Laisser à la tête toute liberté d'évoluer, selon les résistances qu'elle rencontre et comme si elle obéissait à la poussée utérine.

Les tracteurs métalliques ont abouti à un tracteur-type, celui de Tarnier. A Lyon, on est resté fidèle aux lacs que Chassagny, dès 1864, insérait au centre de figure, mais qu'il mettait au service de la traction mécanique, procédé reconnu universellement comme détestable.

Ce fut Laroyenne qui eut l'idée d'adapter les lacs au forceps ordinaire, en munissant les cuillers de celui-ci de petits orifices, au niveau correspondant au centre de la tête.

II. — Quels sont les avantages et les inconvénients des lacs pour la progression de la tête, considérés indépendamment des mouvements de rotation autour de différents axes ?

La traction à l'aide des lacs est un procédé défectueux, en ce sens qu'on ne tire pas directement dans l'axe du bassin, puisque les lacs sont repoussés en avant par le périnée (v. fig. 6).

C'est une infériorité par rapport au tracteur Tarnier, mais seulement lorsqu'il s'agit de prises faites dans l'excavation.

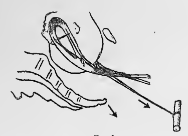


Fig. 6.

Figure schématique montrant les lacs tirant sur une tête engagée normalement au détroit supérieur ; une flèche indique la direction de la traction, exercée directement en avant du périnée. Une autre montre la direction de l'axe du détroit supérieur. Pour plus de simplicité nous avons supprimé l'extrémité des manches du forceps et supposé les deux chefs de chaque lacs réunis beaucoup plus haut qu'ils ne le sont en réalité.

En effet, lorsqu'il s'agit d'applications faites au détroit supérieur, il n'y a, le plus souvent, aucune coïncidence entre l'axe des cuillers et celui du détroit, et le tracteur de Tarnier, qui tire selon les axes des cuillers, ne tire plus selon l'axe du bassin. Il est donc, à ce point de vue, aussi mauvais que les lacs.

Ceux-ci ont, par contre, les avantages suivants, que ne présente pas le tracteur. :

a) L'insertion de la force au centre de figure réalise les meilleures conditions mécaniques, lorsqu'on ne peut pas appliquer cette force directement dans la direction de l'axe ; elle permet de déployer un maximum de force, qu'il serait impossible d'atteindre avec un autre mode d'application de la traction.

b) Les lacs laissent à la tête toute liberté d'évoluer ; elle peut obéir aux résistances qu'elle rencontre sur son chemin.

c) Les lacs permettent de mesurer, à l'aide du dynamomètre la force avec laquelle on tire et de faire des tractions comparables entre elles ; Fochier insistait beaucoup sur ce point.

d) Les lacs permettent d'user des tractions oscillantes dont l'utilité est souvent manifeste.

En conséquence de ces avantages qui lui sont propres, la traction sur les lacs rendra de grands services pour les applications au détroit supérieur, dans les bassins rétrécis, que la tête soit engagée ou simplement fixée. Or, ces applications au détroit supérieur sont les plus difficiles de toutes.

Il faut abandonner les lacs au moment du dégagement, ce mode de traction est dangereux pour le périnée.

Enfin, les lacs peuvent produire, par leur pression directe, des lésions au niveau de la vulve et du vagin ; mais ces lésions sont le plus souvent superficielles et de gravité nulle.

II. — Il peut devenir utile de déroger au principe de la traction dans l'axe, lorsqu'il s'agit de modifier certaines positions vicieuses de la tête, résultat de rotation autour de différents axes. On se servira des lacs de la façon suivante :

A. Présentation du pariétal antérieur. — Que le forceps soit appliqué sur une tête en transverse, dans le sens antéro-postérieur par rapport au bassin, ou bien obliquement (prise mastoïdo-frontale, seule admise par Fochier), la défectuosité des lacs qui tirent trop en avant, deviendra ici un avantage, puisque, par ce fait même, le pariétal postérieur, retenu au-dessus du promontoire, tendra à descendre et à gagner l'excavation. Un coup d'œil jeté sur la figure 7 permettra d'apercevoir le détail de ce mécanisme, qui est la reproduction exacte de celui indiqué par Litzmann.

B. — Présentation du pariétal postérieur. — Evidemment, les lacs sont ici mauvais, puisqu'ils tirent toujours trop en avant et qu'il s'agit d'engager le pariétal antérieur.

Mais on peut corriger cette défectuosité par deux procédés :

1° La manœuvre combinée (Fig. 8). Cette manœuvre peut être aussi employée lorsqu'il n'y a pas d'inclinaison du pariétal postérieur.

Voici en quoi elle consiste :

La malade, en position obstétricale, est sur un lit élevé. Pendant qu'un aide, assis sur un siège bas, met de la force sur la tête, en tirant sur les lacs, l'opérateur saisit le forceps, une main sur l'articulation, une autre à l'extrémité des manches, et refoule contre le promontoire, le mobile, tête et forceps, que les lacs pressaient contre les pubis. Il peut bien évidemment effectuer ce refoulement soit directement en arrière, soit plus utilement en arrière et en bas.

2° La *traction unilatérale* sur *le lacs antérieur* (avec application oblique). On fait une prise mastoïdo-frontale, allant de la mastoïde antérieure à la

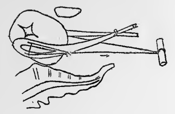


Fig. 7. — Figure schématique représentant une tête au détroit supérieur, présentant son pariétal antérieur. Prise mastoïdo-frontale. La traction par les lacs, exercée dans le sens de la flèche, tend à fixer les régions antérieures contre le pubis et à faire descendre le pariétal postérieur.

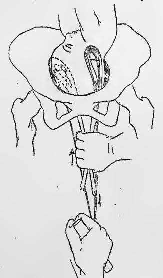


Fig. 8. — Figure représentant une tête inclinée sur l'épaule antérieure. Une main tire sur les lacs. Une autre repousse la tête en arrière, dans le sens de la flèche et tend, par conséquent, à permettre l'engagement du pariétal antérieur (en réalité, on agit également sur les manches que nous avons supprimés pour plus de commodité. Prise de la mastoïde antérieure à la bosse frontale postérieure).

bosse frontale postérieure (contrairement à ce qu'on fait habituellement) pour laisser la bosse frontale antérieure libre d'évoluer (Fig. 9).

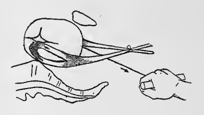


Fig. 9. — Figure schématique. Présentation du pariétal postérieur. Prise mastoïdo-frontale. Traction sur le lacs antérieur mastoïdien, qui tend à faire descendre les régions antérieures de la tête. L'autre lacs n'a pas été figuré.

Cette prise faite, on tire en arrière sur le lacs antérieur ; la cuiller antérieure tendra à descendre, entraînant avec elle le pariétal et la bosse frontale antérieure qui sera libre.

C. — La tête est défléchie. Il y a lieu de faire de la flexion. — *a)* Il s'agit d'applications au détroit supérieur où il est nécessaire de réaliser la flexion pour amener l'engagement. On fait une prise mastoïdo-frontale et, qu'il s'agisse d'une présentation du pariétal antérieur ou postérieur, on exerce des tractions unilatérales sur le lacs mastoïdien, qu'il soit, du reste, antérieur (prise irrégulière, présentation du pariétal postérieur) ou postérieur (prise régulière, présentation du pariétal antérieur).

b) On a affaire à des occipito-postérieures défléchies dans l'excavation.

Il faut d'abord fléchir la tête avant de la faire tourner. Pour cela, Fochier conseillait de faire une application oblique, puis d'exercer des tractions sur le lacs mastoïdien, ce qui tend à faire descendre l'occiput, par conséquent à réaliser la flexion demandée (Fig. 10).

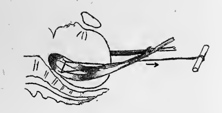


Fig. 10. — Figure schématique. Tête dans l'excavation en occipito-postérieure peu fléchie, prise mastoïdo-frontale. La traction sur le lacs postérieur mastoïdien tend à fléchir la tête et, en même temps, à la faire tourner en avant. L'autre lacs n'a pas été figuré.

Par contre, la traction sur les deux lacs dans les occipito-postérietures défléchies est défectueuse parce qu'elle tend à augmenter la déflexion.

D. — La tête a son occiput tourné en arrière. Il faut le ramener en avant. — Ici, la traction sur les lacs est utile, parce que, laissant à la tête toute liberté d'évoluer, elle réalise les meilleures conditions pour que la rotation se fasse dans le bon sens.

On peut aussi, lorsqu'on veut favoriser plus explicitement la rotation, faire, à l'aide des lacs, de la *traction bilatérale divergente*, avec prise mastoïdo-frontale, méthode suffisamment définie par son nom même.

L'étude de cette méthode a été mise au point par M. Commandeur (*Soc. Obstét. de France*, 1902).

Suivent 104 observations d'applications de forceps, avec traction sur les lacs, dont 94 au détroit supérieur. Ces observations représentent la presque totalité des applications au détroit supérieur, faites à la Clinique obstétricale de Lyon pendant 10 ans.

74 fois on eut des enfants vivants, 14 fois il y eut mort de l'enfant; 6 fois, après de vains efforts pour extraire l'enfant, on dut recourir à la basiotripsie.

Dans un assez grand nombre de cas, l'enfant a survécu à des lésions osseuses caractérisées.

En somme, 15,9 % d'insuccès et 84,1 % de succès.

DES APPLICATIONS DE FORCEPS AU DÉTROIT SUPERIEUR SUR LES PRÉSENTATIONS DU SOMMET DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS.

Travail fait en 1908 et dans lequel mon élève Josserand a réuni 51 observations de forceps au détroit supérieur pour rétrécissements du bassin, provenant des Maternités Lyonnaises.

Ces 51 cas donnent 30 % de mortalité fœtale et 3 % de mortalité maternelle.

Après avoir discuté ces chiffres et les avoir rapprochés de ceux que donnent les autres thérapeutiques, sanglantes ou non sanglantes, nous concluons qu'il y a lieu de restreindre de plus en plus l'usage de forceps au détroit supérieur dans les bassins rétrécis.

Mais si ses indications sont restreintes, il ne s'ensuit pas, cependant, qu'elles doivent être totalement supprimées. En dehors de certains cas d'urgence où l'infection de la mère et la souffrance de l'enfant excluent l'opération césarienne, on sera autorisé à l'employer dans certains bassins ayant au moins 9 cm. de conjugué vrai, ce chiffre devant être un peu abaissé lorsque l'arc antérieur est de grand rayon, et un peu augmenté si l'arc antérieur est de faible courbure. Il est à déconseiller lorsque la tête est mobile et surtout lorsque, dans ce cas-là, la tête doit s'engager en transverse.

L'application de forceps doit toujours être prudente. Il ne faut jamais tirer au dessus de 30 kilogs.

CHIRURGIE OBSTÉTRICALE

FIBROME UTÉRIN ET GROSSESSE. — HYSTÉRECTOMIE.

Présentation de pièce et observation d'une malade chez laquelle un volumineux fibrome du segment inférieur obstruant toute l'excavation, et ne pouvant être ni mobilisé ni refoulé, posa l'indication d'une intervention chirurgicale qui fut pratiquée à la fin de la grossesse (opération césarienne suivie d'hystérectomie par le Professeur Tixier).

Nous faisons remarquer, à propos de cette présentation, la possibilité de la fécondation malgré une volumineuse tumeur qui obstruait et déformait l'orifice cervical, l'évolution simple de la grossesse, enfin la netteté de l'indication opératoire, l'hystérectomie semblant préférable à la myomectomie chez une femme de 43 ans.

CÉSARIENNE ET HYSTÉRECTOMIE POUR FIBROME PRÆVIA. — GRAVES MALFORMATIONS DES MEMBRES SUPÉRIEURS CHEZ L'ENFANT. MORT DE CELUI-CI AU 7e JOUR, PRÉSENTATION DES PIÈCES.

Présentation de pièces anatomiques recueillies au cours d'une césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome prævia et adhérent de l'utérus (Opération faite par M. Durand).

Nous notons à propos de ce cas :

1° L'indication nette de la césarienne avant tout début de travail, en raison du siège de la tumeur, de son volume, et de son immobilité à la partie supérieure de l'excavation.

2° La fixation dans le pelvis par des adhérences secondaires d'une tumeur implantée par un assez long pédicule sur le corps de l'utérus. L'opération complémentaire de la césarienne aurait pu être la myomectomie, puisqu'il s'agissait d'une tumeur nettement pédiculée. Nous avons préféré l'hystérectomie en raison de l'âge de la malade (43 ans) et de l'existence possible d'autres noyaux fibromateux.

3° La coexistence de la tumeur utérine avec de graves malformations fœtales, double main bote avec absence des deux radius, coexistence assez rare-

ment signalée, et qu'expliquent cependant la nutrition défectueuse du fœtus dans un utérus malade ou des compressions possibles par la tumeur.

4° Enfin, en relation probable avec les mêmes causes le faible poids de l'enfant (moins de 2.000 grammes). Le développement insuffisant que laissait prévoir l'examen de l'utérus pendant la grossesse constituait une circonstance des plus fâcheuses. Cependant il ne nous a pas paru possible de différer plus longtemps l'extraction césarienne, l'attente ayant été prolongée jusqu'au délai du terme prévu de la grossesse, et la mise en train spontanée du travail devant créer des conditions beaucoup moins favorables pour l'intervention.

DÉLIVRANCE CHIRURGICALE DANS UN CAS DE GROSSESSE COMPLIQUÉE DE FIBROMES.

Il s'agit d'une hystérectomie faite dans une grossesse compliquée de fibrome, dans des conditions spéciales, puisque le fœtus n'était plus dans la cavité utérine et que seul, le placenta y était retenu.

Malade amenée à l'hôpital, accouchée, mais non délivrée, perdant un peu et ayant 38°9, avec un écoulement vaginal fétide. L'introduction de la main fut impossible, tellement le fibrôme prævia obstruait, en même temps que le pelvis, l'orifice cervical. Des tractions sur le cordon restèrent également vaines. Il ne restait donc, pour faire la délivrance qui s'imposait, qu'une intervention chirurgicale. L'opération de Porro fut donc immédiatement pratiquée ; un pédicule put être constitué par la tumeur, et l on put enlever à la fois, celle-ci, l'utérus et le placenta qui y était contenu. Malheureusement, au moment où l'on fermait le ventre, la malade, en vomissant, fut prise d'une syncope respiratoire, que l'autopsie démontra être due à l'irruption brusque de liquide gastrique dans la trachée.

Si l'on fait abstraction de l'incident terminal, cette observation prouve, au surplus, que les indications de l'hystérectomie abdominale peuvent ne pas être épuisées dans les fibrômes utérins dystociques, lorsque le fœtus a été extrait de la cavité utérine. Si le placenta est retenu, s'il ne peut être commodément enlevé et d'une façon qui assure l'évacuation complète de l'utérus, si enfin celui-ci est infecté (température, lochies fétides, rupture des membranes longtemps avant l'accouchement), alors semble-t-il, il devient logique de délivrer chirurgicalement la malade de son placenta et, en même temps, d'un organe qui renferme à la fois, dans son sein, une tumeur, une menace d'hémorragie et un foyer de septicémie.

La rétention placentaire a été, en somme, dans cette observation, le fait

capital qui a conduit à l'hystérectomie. Il resterait à expliquer le pourquoi de cette rétention placentaire. Il ne s'agit pas évidemment de rétention d'un placenta décollé derrière un orifice étroit, mais, en somme, perméable. D'ailleurs, les trois doigts introduits dans le canal cervical aussi loin, que possible n'atteignent pas le délivre. J'ai eu affaire, selon toute probabilité, à une adhérence fausse, par inertie d'un utérus fibromateux ou vraie par un processus inflammatoire quelconque ; l'une ou l'autre hypothèse n'est pas pour me faire regretter de n'avoir pas cherché à extraire un placenta dont le décollement eût été hémorragique ou incomplet.

L'examen de la pièce montre l'excellente confection du pédicule au niveau de la partie non malade du segment inférieur, l'étroitesse de l'orifice qui conduisait vers la cavité utérine, enfin la superposition des deux masses, l'une inférieure, fibrôme du segment, gros comme une tête de fœtus remplissant la partie supérieure de l'excavation, l'autre supérieure, masse utérine, avec de petits noyaux, s'appuyant sur la précédente. Le placenta est encore dans cette masse utérine et l'on voit le cordon sortant par l'orifice cervical.

GROS FIBROME CERVICAL. — MYOMECTOMIE PRŒFŒTALE A DILATATION COMPLÈTE.

Observation dont l'intérêt réside dans la *discussion* et *dans le choix* de l'intervention à appliquer au traitement de la dystocie.

S'il s'était agi d'une malade observée pendant la grossesse, l'alternative ne se serait guère posée (s'agissant d'un volumineux fibrome cervical pour lequel on ne pouvait espérer ni réascension spontanée, ni refoulement dans l'abdomen) qu'entre la myomectomie vaginale et l'opération césarienne à la fin de la grossesse ou tout au début du travail. Dans notre cas, le développement nettement intra-cervical et vaginal de la tumeur eut probablement fait choisir la myomectomie.

Mais en présence d'un travail commencé depuis de longues heures, après de nombreux examens et touchers hors de l'hôpital, la césarienne se trouvait presque obligatoirement éliminée, étant donné qu'une autre opération infiniment moins dangereuse pouvait lui être opposée.

Pouvait-on espérer une extraction par les voies naturelles, sans extirpation préalable de la tumeur ? Je l'ai pensé un instant, espérant que cette tumeur, malgré son volume pourrait être aplatie dans la concavité sacrée, et laisser ainsi un passage suffisant pour la tête. Quelques tractions sur le forceps n'ont pas tardé à me convaincre de mon erreur en même temps que de la vérité de la formule de Tarnier qui exclut l'accouchement par les voies naturelles toutes les fois qu'un fibrome (non susceptible de réascension et de refoulement) dépasse le volume d'un œuf de poule.

Restait la myomectomie prœfœtale C'était évidemment l'intervention qui s'imposait en raison de l'accessibilité de la tumeur et de son développement tout entier intra-cervical. Elle fut simple et rendue encore plus aisée par l'abaissement du fibrome sous l'influence de légères tractions exercées sur le forceps laissé en place.

Accessoirement, je noterai l'absence totale d'hémorragie et la rapidité de la réparation de la plaie opératoire sans tamponnement ni suture.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE PRATIQUÉE TROIS ANS APRÈS LA PREMIÈRE INTERVENTION. — SECTION DE L'INTESTIN. PRÉSENTATION DE LA MÈRE ET DES DEUX ENFANTS VIVANTS.

Rachitique de 31 ans, à bassin fortement rétréci.

Première intervention, en 1903, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Enfant vivant.

Césarienne itérative en 1906. Incision prudente de la paroi abdominale. Malgré les précautions prises pour éviter la blessure de l'intestin, une anse intestinale adhérente à la paroi au niveau de la première incision et qui n'avait pas pu être reconnue à l'exploration, fut incisée par les ciseaux sur une longueur de 20 centimètres environ.

La suture intestinale étant impossible, on dut réséquer les parties saines de part et d'autre de la plaie. Anastomose à l'aide d'un bouton de Villard.

Terminaison rapide de l'intervention. L'enfant vint au monde très étonné, mais put être facilement ranimé.

Suture de l'utérus. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Malgré un état de shock assez considérable, à cause de la longueur de l'intervention, la malade a été vite rétablie.

Les dangers des adhérences intestinales à la paroi ou à l'utérus dans les césariennes à répétition sont connus, mais il est intéressant de relever dans cette observation la disposition de l'anse intestinale adhérente à la première cicatrice. Elle était disposée verticalement, sur une longueur d'environ 25 centimètres, ce qui explique qu'on ne put éviter la section de l'anse intestinale, malgré les précautions prises pour explorer la région où devait porter l'incision.

Lorsqu'on fut en présence de l'anse sectionnée, on dut réséquer de suite la portion intestinale totalement comprise dans des adhérences.

C'était une conduite toute naturelle, qui fut adoptée de suite, et qui permit de terminer la césarienne aussi simplement que s'il se fût agi d'une intervention non compliquée.

En résumé, cas rare de chirurgie d'urgence, qui montre bien toute la prudence qu'on doit apporter à l'incision de la paroi, en général et, en particulier, dans les opérations césariennes itératives, même alors que l'utérus, inspecté par une petite brèche sous-ombilicale, comme cela fut fait pour le cas rapporté, apparaît libre de toute adhérence viscérale.

CÉSARIENNE PRATIQUÉE POUR LA 3e FOIS. MAUVAIS ÉTAT DES CICATRICES ANTÉRIEURES. STÉRILISATION DE LA MALADE.

Il s'agit d'une femme qui avait déjà subi deux césariennes antérieures pour rétrécissement du bassin (Bassin aplati et généralement rétréci de 8 cm. 5 de diamètre utile). La 3e hystérectomie fut pratiquée quelques jours avant le terme de la grossesse, malgré que le volume fœtal parût un peu au-dessous de la normale, en raison du danger possible de rupture utérine dès le début du travail. L'utérus étant extériosé après libération de nombreuses adhérences épiploïques, on constate entre les deux cicatrices des opérations antérieures, une zone, large comme une pièce de 2 francs, où la paroi utérine est d'une extrême minceur et comme transparente, la muqueuse et la séreuse paraissant accolées sans interposition musculaire. Pour éviter une résection étendue de la cicatrice, on pratiqua l'incision transversale sur le fond (Incision de Fritsch). Extraction facile d'un enfant de 2520 gr., étonné, qui respira après quelques minutes. Suture à la soie, suivie de section des trompes entre deux ligatures. Suites simples. L'enfant va bien 15 jours après l'intervention.

Il y a lieu de noter, dans cette observation, ce qui concerne le mauvais état des cicatrices utérines résultant des césariennes antérieures. Leur minceur en un point était telle qu'il ne semblait pas possible que l'utérus put faire les frais soit d'un accouchement par les voies naturelles, au cas où celui-ci eut été jugé possible en raison du faible volume de l'enfant, soit d'une grossesse ultérieure. Aussi avons-nous pratiqué sans hésitation la stérilisation définitive que la malade avait du reste elle-même réclamée avec insistance avant l'intervention.

SUITES DE COUCHES

INFECTION PUERPÉRALE

NOTE SUR L'ÉTIOLOGIE DE L'INFECTION PUERPÉRALE.

MM. P. Durand et P. Sédallian, au cours de recherches entreprises par eux à l'Institut bactériologique de Lyon, pour établir une classification sérologique des streptocoques hémolytiques, ont isolé et étudié une quarantaine de souches provenant d'infections *post partum* et *post abortum* entrées au cours de plusieurs mois dans mon service de la Maternité de la Charité.

Nos recherches aboutissent à cette notion que toutes les infections puerpérales ne sont pas dues à un même streptocoque. Les streptocoques isolés, chez des femmes ayant certainement contracté leur infection en ville, ainsi que ceux que nous avons pu étudier et qui provenaient des différentes maternités de Lyon ou d'autres villes, se classent dans des groupes immunologiques relativement nombreux.

Mais sur 18 streptocoques provenant d'infectées d'un même service, 11 se classent dans le même groupe. En recherchant l'origine de ces 18 souches, nous avons remarqué : que les streptocoques provenant des infectées du service, mais qui ne se classent pas dans le groupe étudié, ont été isolés des lochies de malades chez lesquelles on peut admettre la plupart du temps une cause de contamination nette (gros traumatismes ou interventions obstétricales; faute d'asepsie des suites de couches).

Les 11 streptocoques se classant dans le même groupe ont, au contraire, été isolés pour la plupart d'infectées graves n'ayant pas eu de gros traumatismes obstétricaux et pour lesquelles on ne trouve pas de cause évidente de contamination.

Le fait brutal qui se dégage de ces recherches bactériologiques est que : *Pendant un an, un même streptocoque a infecté à plusieurs mois d'intervalle des accouchées d'un même service*. Mais il reste à savoir comment.

Tous les autres modes de contamination ayant été discutés et éliminés, la transmission par le personnel nous a paru la plus vraisemblable et nous avons

admis (toujours pour expliquer la survie au delà de deux mois du streptocoque isolé pour la première fois dans le service en mars 1922), qu'il devait exister des porteurs de germes parmi le personnel chargé des accouchements.

Nous avons pensé que ces germes vivent dans la gorge. Mais nous ne pouvons pas encore fournir de preuve certaine de ce que nous avançons.

Nous avons pensé que la contagion se fait par l'intermédiaire de ces porteurs de germes, au moment où l'accoucheur, ayant les mains lavées, ou pourvu de ses gants, attend souvent, en causant, qu'une indication à son acte opératoire se pose. Des gouttelettes de Fluge ou même la simple projection par l'air exhalé suffisent à contaminer les mains. A partir de ce moment, le simple attouchement de la vulve suffit pour que le streptocoque déposé remonte à l'utérus par mode capillaire entre la tête ou le corps de l'enfant et les parois du vagin.

Ceci explique que pendant une même période, des curages nombreux (post-partum ou abortum) n'ont pas été suivis d'accidents fébriles sérieux. Le curage se fait, en effet, sans attendre, aussitôt que le lavage des mains de l'opérateur est réalisé.

Au point de vue prophylaxie, nous avons été amenés à préconiser le masque pour l'accoucheur. Nous ne pouvons pas encore conclure de son efficacité.

Les constatations que nous venons de faire justifient les tentatives de vaccination préventive contre l'infection puerpérale que nous avons l'intention d'entreprendre.

DE LA VALEUR PRONOSTIQUE DU DÉLIRE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE.

Je rapporte dans la thèse de mon élève Devillard dix-huit observations d'infection puerpérale dans lesquelles le délire a été noté et qui se sont toutes, sauf trois, terminées par la mort.

Nous en concluons que, parmi les signes (bactériologiques et cytologiques, thérapeutiques et cliniques) à l'aide desquels on a essayé d'établir le pronostic des infections puerpérales et dont il semble qu'aucun n'ait une valeur absolue, il y a lieu d'insister sur le délire, comme ayant à ce point de vue une grande valeur.

Cette valeur pronostique ne peut être invoquée que dans les formes septicémiques à l'exclusion des formes péritonitiques et pyohémiques dans lesquelles le délire manque habituellement.

La haute gravité du délire dans la septicémie puerpérale, classe celle-ci dans une catégorie différente des maladies infectieuses médicales dans lesquelles le délire n'a qu'une importance de second ordre.

TROIS CAS DE PHLEGMON LIGNEUX DU LIGAMENT LARGE.

Observations de trois malades atteintes de phlegmon ligneux suppuré du ligament large. Je les rapporte non parce qu'il s'agit de faits rares, mais à cause de certaines particularités de leur évolution clinique :

1° *Les symptômes physiques* sont rigoureusement identiques dans les 3 cas. Toujours on constate l'induration ligneuse juxta-utérine d'abord, latéro-pelvienne ensuite, iliaco-abdominale enfin; le tissu cellulaire sous-péritonéal est le siège d'un énorme œdème inflammatoire rapidement envahissant.

2° *L'évolution du phlegmon* vers la suppuration a suivi, au contraire, une marche bien différente :

Dans le 1er cas, suppuration rapide et ouverture dans le vagin en 10 jours à peine avec phénomènes de haute gravité.

Dans le 2e cas, évolution plus lente, tiède en quelque sorte. L'état général est bon, la température est peu élevée. Il faut trois mois pour que le pus enfermé dans une poche épaisse et dure se manifeste sous la forme d'une collection fluctuante.

Dans le 3e cas, le cheminement à l'extérieur n'est pas plus rapide (3 mois), mais le phlegmon a une allure plus chaude: douleurs vives, haute température, grande quantité de pus ressemblant à celui d'un abcès chaud ; état général fortement affecté.

3° *La migration* de la collection est différente : dans un cas, il y a ouverture spontanée dans le vagin, terminaison rarement observée, dans les deux autres, le pus se dirige vers la paroi abdominale ; c'est la migration classique qui aboutit à une incision identique dans les deux cas, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, au-dessus de l'arcade crurale.

4° *La ligne de conduite thérapeutique* adoptée par moi a été nettement temporisatrice, et conforme en cela à l'opinion généralement admise. Une fois, il a suffi de maintenir perméable une longue fistule vaginale pour que la guérison soit rapidement obtenue ; dans les deux autres cas, j'ai attendu pour inciser la collection que la présence de pus fût rendue manifeste par la fluctuation constatée au niveau de la paroi abdominale. Il a fallu pour cela trois mois et beaucoup de patience de la part des malades qui aimeraient une thérapeutique plus audacieuse. Mais on sait trop combien sont souvent décevantes les recherches entreprises dans ces énormes masses inflammatoires péri-utérines à la recherche du pus qu'on y soupçonne, et combien aussi de telles recherches peuvent être dangereuses.

Lorsque la collection est nette et facilement accessible, la guérison à la suite de l'incision est certaine et très rapide. Il en a été ainsi dans les trois

observations que je rapporte et dont on peut dire qu'elles confirment bien les trois points suivants, en ce qui concerne l'histoire clinique des phlegmons du ligament large d'origine puerpérale : grande uniformité des signes physiques, différences considérables dans l'évolution, légitimité d'une thérapeutique expectante.

DOUZE CAS D'INFECTION PUERPÉRALE (POST-PARTUM ou ABORTUM) TRAITÉS PAR L'AUTO-VACCINATION ANTISTREPTOCOCCIQUE.

STOCK-VACCIN AU COURS DE L'INFECTION PUERPÉRALE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA VACCINOTHÉRAPIE DE L'INFECTION PUERPÉRALE.

TRAITEMENT DE SOIXANTE-DEUX CAS D'INFECTIONS DE LA GROSSESSE ET DES SUITES DE COUCHES PAR LES VACCINS.

TRAITEMENT DE 20 CAS D'INFECTIONS DE LA GROSSESSE ET DES SUITES DE COUCHES PAR LE STOCK-VACCIN DE DELBET.

Il s'agit de recherches entreprises en 1922, alors que la vaccinothérapie dans les maladies infectieuses retenait l'attention de nombreux bactériologistes et cliniciens. Mes essais ont été poursuivis pendant un an dans mon service de la 1re Infirmerie de la Maternité de la Charité. Ils ont été recueillis avec les collaborations de MM. Michon et Sédallian, ainsi que de mes élèves Brunel et Richard (Thèses inaugurales de Lyon, 1922).

Nous avons employé successivement les *stock vaccins*, soit de préparation personnelle, soit du commerce (et parmi ces derniers le vaccin de Delbet), dont l'avantage incontestable est la possibilité d'une action immédiate et rapide, et les *auto-vaccins* qui ont l'inconvénient de demander un certain temps de préparation, mais présentent l'avantage d'être la seule thérapeutique spécifique.

Les conclusions que nous tirons de nos recherches n'ont rien d'absolu ni de définitif. Il s'agit en effet d'une méthode qui demande à être étudiée encore, par exemple, en employant des doses plus fortes et plus prolongées ou en employant d'autres voies d'introduction du vaccin, comme la voie cutanée ou la voie intraveineuse. Mais elle mérite d'entrer en ligne dans le traitement de l'infection puerpérale, au moins au même rang que les autres traitements déjà en usage. D'après l'étude de nos cas, il apparaît que la stock-vaccinothérapie

d'une part, l'auto-vaccinothérapie d'autre part, conduisent à des résultats différents.

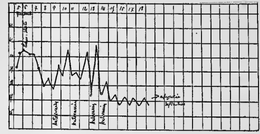


Fig. 11. — *Autovaccin dans l'infection puerpérale.*

La stock-vaccinothérapie, d'emploi plus facile, puisque les préparations se trouvent toutes prêtes et dosées dans le commerce, *s'adresse plutôt à la phase*

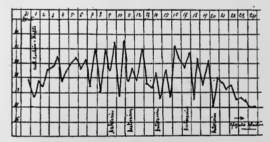


Fig. 12. — *Autovaccin dans l'infection puerpérale.*

aiguë de l'infection. Elle intervient en provoquant une réaction générale et a, dans certains cas, une influence sur la courbe de température. Mais elle ne modifie pas sensiblement le pronostic vital. Elle semble incapable de provoquer la guérison des cas graves et, là où les autres traitements échouent, les stocks vaccins échouent aussi. Ses effets favorables se limitent aux cas moyens ou lé-

gers qui sont heureusement influencés. Elle a d'autre part, dans les annexites ou les inflammations du tissu conjonctif du ligament large, un effet sédatif de la douleur. Mais elle n'est pas sans une certaine gravité, de par l'intensité des réactions générales qu'elle engendre, celles-ci paraissant plus intenses avec le vaccin de Delbet.

L'auto-vaccin, employé à doses légères, n'a *pas d'effet pendant la période aiguë de l'infection*. Il semble n'intervenir que plus tard, au moment où l'organisme a déjà réagi, en *limitant la durée de la période fébrile*. Peut-être a-t-il un effet heureux à plus lointaine échéance encore. Il serait intéressant, en effet, de savoir si les annexites qui ont comme étiologie une infection puerpérale ancienne, mais légère, et qui, quelquefois, passe inaperçue, ne seraient pas évitées par une auto-vaccinothérapie systématique.

Dans certains cas d'abcès des seins, les phénomènes inflammatoires ont paru régresser et, employés de façon concomitante avec le traitement chirurgical, ont semblé hâter la cicatrisation de la plaie opératoire.

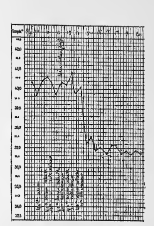
Dans un cas de pyélonéphrite gravidique, le vaccin a semblé exercer une action favorable sur la douleur et la pyurie.

TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE PAR LA SEROTHERAPIE ANTI-STREPTOCOCCIQUE.

Les recherches entreprises par mon élève et ami Sedallian et poursuivies pendant trois ans à l'Institut Bactériologique de Lyon, sous la direction du professeur Paul Courmont, recherches consignées dans sa très importante thèse inaugurale (Lyon, 1925), lui ont permis, en partant de malades de mon service de la Charité, d'isoler par la méthode de la saturation des agglutinines des sérums expérimentaux, 6 types de streptocoques, groupant chacun un certain nombre de souches. Dans chacun de ces types ainsi individualisés, l'épreuve de Castellani permet de reconnaître l'existence de deux sortes de germes, les uns à antigène simple, les autres à antigène complexe.

Avec des germes empruntés à chacun de ces types, germes choisis dans les microbes à antigènes complexes, Sedallian a préparé un sérum antistreptococcique polyvalent qui doit être employé à haute dose, car, jusqu'ici, un sixième seulement de sérum injecté est utile contre le microbe qui détermine l'infection.

Ce sérum a été utilisé chez un certain nombre d'infectées graves de mon service de la Maternité de la Charité. 13 de ces observations sont reproduites dans le travail de Sédallian. Chaque fois le sérum a été injecté à la dose quotidienne de 40 cc. intra-musculaires, ou 10 cc. intra-veineux. Il a semblé agir



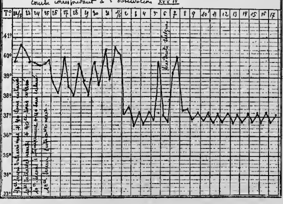


FIG. 13 et 14. — *Sérothérapie antistreptococcique dans l'infection puerpérale.*

nettement sur l'état général ainsi que le prouvent l'abaissement de la tachycardie, de la fièvre et de la dyspnée, l'élévation de la tension artérielle et la modification heureuse de l'habitus général. Dans les formes serpigineuses ou traînantes, il a paru faciliter la limitation des lésions et permettre une localisation, ce qui signifie souvent en matière de streptococcie que la maladie s'achemine vers la guérison.

Sédallian estime qu'on pourrait réduire les doses de sérum en préparant trois sérums différents. L'un avec les types I, II et IV, l'autre avec le type III, le troisième avec les types V et VI. Pour les types III, V et VI, la culture du microbe peut conduire très vite à son identification et donner très vite des renseignements utiles.

Bien entendu, les notions bactériologiques et cliniques qui précèdent n'ont rien d'absolu ni de définitif. La sérothérapie antistreptococcique donne bien souvent des résultats insuffisants ou peu probants et appelle de nouvelles recherches.

RELATION DE 16 OBSERVATIONS D'INFECTION PUERPÉRALE OU POST-ABORTIVE TRAITÉE PAR LE NETTOYAGE SYSTÉMATIQUE DE L'UTÉRUS.

Sur ces 16 observations, 6 se rapportent à des suites de couches, 10 à des suites d'avortement et l'ensemble représente les cas d'infection traités à la Maternité de la Charité de Lyon (Service de M. Commandeur), du I[er] mars au 15 avril 1904.

Le nettoyage de l'utérus a été toujours pratiqué par nous, le plus souvent d'emblée et dès qu'étaient constatés nettement les signes d'infection (température, fétidité des lochies, etc.), quelquefois d'une façon plus tardive et après l'échec d'autres méthodes de traitement.

12 fois le résultat fut excellent, immédiatement le plus souvent, plus rarement après deux ou trois jours.

4 fois il fut négatif (3 morts, intervention pratiquée longtemps après le début, et une guérison très tardive).

Je conclus de ces faits que le nettoyage de l'utérus est le traitement de choix de l'infection puerpérale, toutes les fois qu'il est fait à temps, c'est-à-dire lorsque l'infection est encore localisée dans l'endomètre. Il faut donc intervenir d'une façon précoce et nettoyer systématiquement l'utérus des femmes infectées, surtout lorsqu'on ignore de quelle façon s'est passée la délivrance.

N. B. — Je fais remarquer que les 3 cas de morts signalés ci-dessus se rapportent à des infections post-partum. Actuellement, je suis beaucoup plus

réservé qu'en 1904 quant à l'opportunité et à l'efficacité du nettoyage utérin dans les infections après l'accouchement. Il donne au contraire, le plus souvent, de bons résultats dans les infections post-abortum.

INFECTION PUERPÉRALE ET HYSTÉRECTOMIE ; MORT.

Observation d'une malade ayant présenté 4 jours après un accouchement spontané des signes d'infection grave, le 6e jour symptômes de péritonite. Quelques heures après leur apparition, colpotomie ayant donné issue à un demi-litre de pus, puis hystérectomie abdominale subtotale. Ligaments larges infiltrés de pus.

Ce cas peut paraître intéressant, en raison du problème qu'il soulève, relativement au choix du moment de l'intervention chirurgicale dans l'infection puerpérale. Si peu partisan qu'on soit du traitement chirurgical de l'infection post-partum, l'indication semblait nette: péritonite aiguë, pronostic presque surement fatal si l'on se contentait d'un traitement médico-obstétrical ; et le moment semblait bien choisi puisque quelques heures seulement s'étaient écoulées depuis l'apparition des premiers signes de l'invasion péritonéale ; la malade a cependant succombé malgré l'extrême précocité du traitement. Mais, dira-t-on, il aurait fallu opérer 36 heures plus tôt, dès l'apparition des premiers signes d'une infection qui paraissait tout d'abord de gravité moyenne et strictement localisée aux organes du petit bassin. Ce serait alors le plus souvent le sacrifice inutile d'un utérus.

Le problème reste donc des plus ardus, avec le résultat décourageant d'une intervention exécutée précocement dans un de ces cas très rares où l'indication paraissait nettement posée.

COMPLICATIONS DIVERSES

LES ÉTATS ANÉMIQUES GRAVES DES SUITES DE COUCHES.

Je rapporte dans la thèse de mon élève Bérard l'observation de deux malades chez lesquelles, la grossesse s'étant passée et terminée sans incidents, des états anémiques graves apparurent dans les suites de couches et évoluèrent rapidement vers la mort.

Il faut faire à ces anémies du post partum une place à part, à côté de

celles, beaucoup plus fréquentes, qui surviennent ou s'aggravent pendant la grossesse.

Ces anémies ont une symptomatologie assez variable. Leur type hématologique n'a rien de fixe. Le plus grand nombre appartient au type métaplastique d'Ehrlich, certaines autres au type aplastique. La valeur globulaire serait le plus souvent diminuée, contrairement à ce qui se passe dans le syndrome clinique de Biermer.

Il est assez difficile d'indiquer à ces états anémiques graves une étiologie bien nette et une pathogénie entièrement satisfaisante. On a invoqué, pour les expliquer, l'infection, l'intoxication rénale, l'anthématopoièse, etc... Le pronostic est presque toujours fatal, et le traitement sans résultat.

SUR UN CAS DE FIÈVRE TYPHOIDE PENDANT LES SUITES DE COUCHES.

Observation d'une fièvre typhoïde ayant débuté exactement avec les suites de couches.

Le début de l'infection, qui coïncidait nettement avec un accouchement long et dystocique, imposait l'idée d'infection puerpérale. Puis l'allure de la courbe thermique qui, après une ascension progressive, figura un plateau parfait, les signes de bronchite, l'aspect de la malade firent songer à la dothienentérie, sans que cependant le séro-diagnostic vînt confirmer de façon certaine cette hypothèse.

Un peu plus tard, la localisation des signes au sommet d'un poumon éveilla des craintes relatives à l'existence possible d'une tuberculose ; et ces craintes semblèrent confirmées par la réapparition, plus d'un mois après la première défervescence, de très fortes élévations thermiques, précédées, il est vrai, de quelques phénomènes intestinaux (diarrhée, selles sanglantes). Les résultats de l'hémoculture levèrent tous les doutes en faveur de l'infection éberthienne.

Ce cas semble démontrer que l'existence d'une fièvre typhoïde coïncidant avec les suites de couches ne peut être affirmée que par le recours aux méthodes de laboratoire.

LES ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES DANS LES SUITES DE COUCHES.

A l'occasion d'une épidémie survenue dans mon service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, j'ai rassemblé dans la thèse de mon élève Bernard un certain nom-

bre de cas d'érythèmes scarlatiniformes observés en série chez de nouvelles accouchées. On peut observer aussi des cas isolés.

Ces éruptions à type scarlatiniforme paraissent pouvoir être attribuées soit à la scarlatine vraie coïncidant avec les suites de couches, soit à l'infection puerpérale engendrant des érythèmes ressemblant à de la scarlatine, cette dernière variété étant de beaucoup la plus fréquente.

La scarlatine vraie se reconnaît à :

L'existence d'angine ;

La présence de ganglions sous-maxillaires ;

La date d'apparition très variable.

Les éruptions érythémateuses d'origine puerpérale sont caractérisées par :

La date d'apparition qui est constante (quatrième jour en moyenne) ;

L'absence d'angine ;

L'absence d'adénite sous-maxillaire ;

Les complications pouvant survenir du côté des organes génitaux.

J'insiste sur ce point que l'infection puerpérale s'accompagnant d'érythèmes scarlatiniformes est, le plus souvent, d'une extrême gravité.

DEUX CAS D'HERPÈS BUCCAL POST-ABORTUM AVEC PNEUMOCOQUES DANS LES LOCHIES.

Observations de 2 malades qui nous suggèrent les réflexions suivantes :

1° Bien que l'infection puerpérale à pneumocoques ne soit pas rare, nous signalons la coexistence du microbe dans les vésicules et dans les lochies.

2° Est-il possible, à l'aide de l'histoire clinique, de retrouver le mode d'invasion et la porte d'entrée de l'infection pneumococcique ?

Dans le deuxième cas, où la cause de l'avortement est nettement d'ordre ovulaire (insertion basse du placenta) et où les signes d'infection n'ont apparu qu'après l'avortement, il semble bien que l'infection ait débuté par les voies génitales et que la généralisation du pneumocoque soit secondaire

Dans le premier cas, au contraire, la malade présentait un jour avant sa fausse couche, des phénomènes généraux avec une température élevée. Dans ces conditions, ne peut-on pas penser que les apparitions d'herpès deux jours après l'avortement, en même temps que la constatation de pneumocoque dans les lochies ont été sous la dépendance d'une infection par ce microbe, antérieure à l'avortement lui-même et qui précisément en aurait été la cause ?

UN CAS DE SYPHILIS FÉBRILE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

HYDRAMNIOS. ANENCÉPHALIE. SUITES DE COUCHES FÉBRILES D'ORIGINE PROBABLEMENT SPÉCIFIQUE.

Nous rapportons l'observation de deux malades chez lesquelles une température élevée persistante dans les suites de couches nous donna l'idée, en l'absence de symptômes utérins, et en raison de certains signes pouvant faire songer à la syphilis, de recourir à la médication arséno-benzolée. La température tomba rapidement et la guérison se maintint complète.

Ces cas sont à rapprocher de celui assez analogue publié par M. Dujol (de Saint-Etienne) dans la *Loire Médicale* de février 1922 ; mais nous ne concluons pas comme lui que nous nous sommes trouvés en face d'une infection mixte tréponème et streptocoque, et que l'organisme, une fois débarrassé par le traitement au novarsénobenzol d'un de ses adversaires, a pu lutter avec plus d'efficacité contre le second. Nous estimons au contraire que, la preuve de la syphilis étant faite dans les deux cas par les antécédents ou l'examen clinique ou la réaction de Wassermann, plus encore par les résultats quasi-instantanés et décisifs obtenus par l'emploi d'un médicament aussi spécifique que le novarsénobenzol, il s'est agi de fièvres syphilitiques chez des femmes en période puerpérale. Le médicament n'a pas agi comme un antiseptique banal lancé dans la circulation : ce caractère de brusquerie et de définitif de la guérison est bien celui qu'on est habitué à rencontrer dans la disparition d'accidents notoirement syphilitiques sous l'influence de la médication arseniée — et les deux courbes de température sont tout à fait analogues à celles qui illustrent la série d'observations de fièvres syphilitiques publiées par MM. Favre et Contamin dans le *Journal de Médecine de Lyon* (mai 1923). Nous pensons donc pour notre part que la syphilis peut subir du fait de l'accouchement un coup de fouet comme la tuberculose, réactivation, allergie, quelle que puisse être l'explication de cette recrudescence soudaine des symptômes — et qu'il y a lieu de songer, en face d'une fièvre du *post-partum*, à côté du grand cadre des infections streptococciques, et comme on songe aux fièvres tuberculeuses, aux fièvres syphilitiques —, rares sans doute, et dont il faudra faire la preuve par l'examen clinique, les recherches sérologiques, et la pierre de touche du traitement arsenical.

PYÉLONÉPHRITE ET URÉMIE.

Cette observation se rapportant à une malade morte, 9 jours après l'accouchement, d'une crise d'urémie consécutive à une pyélonéphrite ayant débuté pendant la grossesse, montre que, si le pronostic de la pyélonéphrite est classiquement bénin, il est des cas où des complications graves, comme l'urémie, peuvent survenir et entraîner ainsi un pronostic sombre même dans les suites de couches, époque à laquelle l'affection guérit habituellement.

UN CAS DE PYÉLONÉPHRITE COLIBACILLAIRE A GAUCHE DANS LES SUITES DE COUCHES.

Observation d'une malade présentant cette particularité qu'une pyélonéphrite gauche survenue brusquement a marqué le terme de la longue évolution d'une infection *post-partum* tour à tour localisée au niveau de la muqueuse utérine, des annexes des deux côtés et du tissu cellulaire pelvien.

Les symptômes apparus brusquement firent croire à l'ouverture spontanée d'une collection péri-utérine dans une cavité naturelle, probablement la vessie.

Le diagnostic de pyélonéphrite fut bientôt rendu évident par la douleur au point d'élection, l'augmentation de volume du rein gauche et l'apparition du pus dans les urines.

La localisation à gauche est une anomalie si l'on se réfère à ce qui se passe habituellement pendant la grossesse, mais c'est une anomalie seulement en apparence, car la compression urétérale prédominante à droite, qui localise de ce côté les phénomènes morbides pendant la gestation, n'existe plus dans les suites de couches, et les deux reins redeviennent égaux devant l'infection.

La guérison rapide de cette infection descendante colibacillaire s'explique bien par l'absence de tout obstacle au cours de l'urine alors que la présence de l'utérus gravide tend au contraire à faire se prolonger ou récidiver l'affection. Ce qui est plus remarquable et ce sur quoi nous insistons en terminant, c'est la *disparition rapide*, en même temps qu'évoluait l'infection rénale, du gros *plastron* de cellulite pelvienne et iliaque droite, disparition d'autant plus curieuse qu'on connaît la lenteur habituellement très grande avec laquelle fondent les indurations inflammatoires ligneuses du tissu cellulaire péri-utérin.

ABCÈS DE FIXATION OUVERT DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE.

Il s'agit d'une femme atteinte de troubles nerveux et sensitifs du côté des membres inférieurs (la nature de ces troubles n'a pu être fixée exactement, même par l'autopsie).

Cette femme succomba, au huitième jour, d'une septicémie puerpérale qui fut traitée, outre les moyens habituels, par la méthode de Fochier (abcès de fixation au niveau de la paroi abdominale). A noter, comme symptôme, un seul vomissement porracé, et aucun autre signe de réaction péritonéale.

L'autopsie montra que les abcès avaient tous évolué du côté de la face profonde de la paroi. Un même s'était ouvert dans la cavité péritonéale, et l'on voyait encore le pus suintant par l'orifice. Il y avait au niveau de l'ombilic un exsudat épais agglutinant légèrement les anses.

Ainsi, les abcès de fixation, faits au niveau de la paroi abdominale, peuvent, quoique le fait soit très rare, perforer les muscles, venir s'ouvrir dans le péritoine, et, dans ce cas, ouvrir un abcès, c'est faire une véritable plaie pénétrante de l'abdomen.

L'INCISION TARDIVE DES ABCÈS GLANDULAIRES POST-PUERPÉRAUX DU SEIN.

Je rapporte, dans la thèse de mon élève Deyrieux, les observations d'un certain nombre de mes malades chez lesquelles des abcès glandulaires post-puerpéraux du sein furent traités systématiquement par l'incision tardive (alors que le pus est bien collecté en foyer) et aussi petite que possible (presque une simple ponction).

J'insiste sur les avantages de cette façon d'agir, lesquels me paraissent par rapport à l'intervention précoce : la moindre fréquence des récidives, la guérison plus rapide après l'incision, la meilleure intégrité de la glande pour les allaitements futurs, enfin des résultats esthétiques bien supérieurs.

Les inconvénients sont imputables à la temporisation excessive et non à l'expectation modérée.

UN CAS DE THROMBUS VULVAIRE.

Observation que nous rapportons surtout à cause de sa rareté (un sur 7.00C accouchements d'après une statistique de Rheuter).

Il s'agissait d'un hématome particulièrement volumineux (comme on peut s'en rendre compte sur la photographie que nous présentons) et qui cependant se développa et évolua absolument sans douleur.

Quant au traitement, nous avons eu évidemment la main forcée et la rupture spontanée de la tuméfaction cinq heures environ après sa formation imposa d'urgence un tamponnement qui fut d'ailleurs suivi d'une guérison obtenue complète en vingt jours. Mais il semble bien que le procédé de choix reste l'incision suivie du curage digital après une expectation de vingt-quatre à quarante-huit heures pour laisser à l'hémostase spontanée le temps de se constituer.

ANNEXES FŒTALES

ACCOUCHEMENT 35 JOURS APRÈS LA RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES ET L'ISSUE DE LA PLUS GRANDE PARTIE DU LIQUIDE AMNIOTIQUE.

Présentation du placenta provenant d'une femme qui a présenté une rupture prématurée des membranes avec issue des eaux de l'amnios, sans que l'accouchement ait suivi de près cet incident. Il a eu lieu seulement 35 jours après.

Il y a sur les membranes deux orifices de rupture: un grand par lequel l'enfant a passé et un petit (du diamètre d'une pièce de 50 centimes) qui a donné passage au liquide.

Ce cas est intéressant par la prolongation inaccoutumée de la grossesse un utérus vide d'eau.

BRIÈVETÉ DU CORDON OMBILICAL.

Présentation d'un placenta dont le cordon ne mesure que 21 centimètres auxquels il faut ajouter 2 centimètres restés adhérents à l'ombilic de l'enfant, soit en tout 23 centimètres. Cette brièveté, bien que ne comptant pas parmi les plus considérables qui aient été rapportées, était cependant notable, puisque l'on admet, depuis les recherches de Tarnier et Leray, que la tige funiculaire doit avoir au moins 30 centimètres de longueur pour les présentations de l'extrémité céphalique et 38 centimètres dans les présentations pelviennes pour que l'accouchement soit possible ou, tout au moins, exempt de difficultés.

Dans l'observation rapportée, la brièveté du cordon fut la cause de nombreuses péripéties pendant l'accouchement : grande lenteur de la dilatation malgré des contractions énergiques, douleurs aiguës en un point fixe de l'utérus,

arrêt de la tête à la partie moyenne de l'excavation, avec alternative de progression et de retrait, enfin nécessité d'une application de forceps qui permit de constater, outre une résistance anormale aux efforts de traction, deux phénomènes caractéristiques à l'aide desquels fut fait le diagnostic, à savoir d'abord la réascension du forceps lorsqu'on abandonnait l'instrument à lui-même, ensuite l'apparition d'un écoulement sanguin, vite devenu inquiétant par décollement du placenta. Cette hémorragie obligea à terminer rapidement par des tractions énergiques combinées à de l'expression utérine et, le cordon résistant, ce fut l'arrachement du placenta qui permit d'avoir l'enfant. Extraction immédiate du délivre qui se trouvait du reste dans le vagin. Compression pubiomanuelle de l'utérus. Au bout de 10 minutes, l'utérus se contracte et l'hémorragie cesse.

Les suites ont été bonnes pour la mère et l'enfant.

Le placenta était inséré au fond de l'utérus, ainsi qu'en témoigne l'orifice de rupture des membranes.

L'intérêt de cette observation réside surtout en ce fait que le placenta fut arraché par des tractions sur le forceps, alors que, d'habitude, le cordon se rompt. En tout cas, cet arrachement permit l'extraction de l'enfant, qu'il fallait mener rapidement à bien en raison de l'hémorragie.

BRIÈVETÉ DU CORDON.

Présentation d'un fœtus macéré (mort in utéro depuis plusieurs jours) portant au niveau du cou un sillon profond dans lequel s'enroulaient six circulaires du cordon. Il y avait une autre circulaire en écharpe sur l'épaule. Le cordon très grêle mesurait en tout 1 m.25. La trachée et les vaisseaux du cou semblant non modifiés , il y a lieu de penser que la mort fœtale est due à des troubles circulatoires au niveau du cordon lui-même.

MORT DE FŒTUS PENDANT LA GROSSESSE PAR NŒUD DE CORDON.

Nœud du cordon disposé de telle façon que c'est la croissance du tronc fœtal qui a entraîné, par traction progressive des parties de la tige funiculaire entrant dans la composition du nœud, leur aplatissement et par suite les troubles circulatoires qui ont amené la mort. Le fœtus s'est suicidé en grandissant.

DE L'INFLUENCE DE LA SITUATION DU CORDON EN ÉCHARPE SUR LA MORTALITÉ FŒTALE PENDANT LE TRAVAIL.

ESSAI SUR LE CORDON EN ÉCHARPE.

Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre d'enfants morts brusquement à la fin du travail, alors que leur cordon passait obliquement en écharpe sur l'épaule, j'ai entrepris, avec mon élève Vidonne (Thèse de Lyon, 1908), une série de recherches sur ce point qui ne paraît pas encore avoir attiré l'attention des accoucheurs.

Ces recherches nous ont amenés aux conclusions suivantes :

I. Tandis que la brièveté produite par les circulaires du cordon en général est des plus bénignes, le cordon en écharpe (circulaire oblique autour du tronc et passant sur l'épaule) pourra jouer un rôle des plus néfastes en ce qui concerne la vie de l'enfant.

II. L'enfant peut souffrir à tous les stades du travail, mais principalement quand la tête est sur le périnée, où la mort peut survenir brusquement dans un délai bien inférieur à celui qu'on a reconnu exister habituellement dans les souffrances de l'enfant.

III. Le fœtus comme l'adulte est sujet aussi bien aux morts rapides qu'aux morts lentes, bien que de par l'anatomie et la physiologie il soit en général très résistant à l'asphyxie.

IV. La mort dans le cordon en écharpe survient par tiraillement de la tige funiculaire qui s'aplatit sur l'épaule où elle écrase la lumière des vaisseaux.

V. Le mécanisme peut se compliquer aussi souvent de causes secondaires (compression directe du cordon sur le dos du fœtus soit par le muscle utérin en général, soit par le seul anneau de Bandl).

VI. Toutes les causes qui allongent la période d'expulsion aggraveront singulièrement les chances de souffrance du fœtus.

VII. Les symptômes, qui sont ceux de la brièveté du cordon, sont des plus vagues. Même groupés en faisceau, ils ne sauraient jamais donner que des signes de présomption.

VIII. Quant au souffle ombilical (signe de certitude des anciens accoucheurs d'une anse ombilicale interposée entre le dos de l'enfant et la paroi uté-

rine), il n'éveille plus aujourd'hui qu'un intérêt de curiosité, étant données sa rareté et les chances possibles d'erreurs du diagnostic.

IX. Le pronostic fœtal est des plus sombres (66 p. 100 au lieu de 0,33 p. 100 des circulaires simples autour du cou). Bien que le type d'asphyxie soit celui de l'asphyxie bleue, le pronostic est souvent celui de l'asphyxie blanche.

X. Le traitement de choix serait évidemment une rapide application de forceps aux premiers signes d'appel du fœtus ; mais nombreux sont les cas où même étant intervenu de suite l'accoucheur n'a ramené qu'un enfant mort (à cause de la mort rapide), ou un moribond, ou un enfant succombant dans les 24 heures.

FŒTUS ET NOUVEAU-NÉ

MALFORMATIONS

SUR UN CAS D'IMPERFORATION DU DUODENUM CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

Observation d'un cas d'imperforation du duodénum chez un nouveau-né, avec volumineuse hydramnios de l'œuf, suivie de considérations sur la forme anatomique, le diagnostic et le traitement de cette malformation.

Le plus souvent, lorsqu'on a trouvé une séparation complète entre deux portions du duodénum, la continuité apparente de l'intestin n'était pas supprimée. Bien plus rarement (cas d'Hobson, Brindeau) les deux bouts sont séparés, sans que les réunisse une portion atrésiée du tractus intestinal. Il en était ainsi dans l'observation publiée, avec, en plus, une particularité remarquable non encore notée. Les deux bouts du duodénum formaient bien deux cœcums imperforés, nullement continus l'un avec l'autre, mais l'un et l'autre se fusionnaient avec le tissu pancréatique et ne pouvaient en être séparés que par une dissection minutieuse, les canaux cholédoque et pancréatique s'abouchant dans le bout inférieur.

La pathogénie est très difficile à élucider.

Les symptômes observés dans des cas de ce genre sont les suivants : vomissements survenant aussitôt après la tétée, résistant à tous les moyens mis en œuvre, absence complète de bile dans les matières vomies, urines et selles peu abondantes, dénutrition rapide, enfin mort dans le refroidissement. Ils permettent de dire qu'on a affaire à une sténose pylorique ou juxta-pylorique, sans qu'on puisse préciser davantage le siège du rétrécissement. La plus ou moins grande intensité des symptômes permet de fixer le degré de l'obstacle.

Enfin, il faut surtout retenir que l'apparition, aussitôt après la naissance, de vomissements tenaces et comprenant la totalité ou la presque totalité des aliments ingérés, est caractéristique d'une sténose pylorique ou duodénale sus-vatérienne, complète ou incomplète, par vice de développement et distingue, sans confusion possible, cette forme des deux autres, qu'on a décrites chez le nourrisson, c'est à savoir les sténoses par hypertrophie pylorique, et le pyloro-spasme essentiel de la première enfance.

Puisque les imperforations du pylore et du duodénum entraînent ordinai-

rement la mort, il ne saurait être question de leur opposer un autre traitement que celui qui tend à rétablir la continuité du tube gastro-intestinal et permettra au nourrisson de s'alimenter, et c'est dire que le traitement doit être chirurgical ou ne pas être.

Si la thérapeutique doit rester médicale dans tous les cas où l'on suppose n'avoir affaire qu'à un spasme pylorique (gavage, changement de nourrice, usage du lait de vache, lavage de l'estomac), si ces moyens médicaux doivent encore être mis en œuvre au début du traitement des cas d'hypertrophie musculaire, une intervention, et dans l'espèce, une gastro-entéro-anastomose, peut seule sauver l'existence d'un nouveau-né, chez qui l'analyse clinique a permis de diagnostiquer un rétrécissement par vice de développement et, à plus forte raison, une imperforation du pylore ou des régions supérieures du duodénum.

L'intervention doit être précoce, ce qui n'est pas, malheureusement, toujours facile, en raison de l'incertitude du diagnostic dans les premiers jours et elle doit être exécutée par les procédés les plus rapides.

On connaît, actuellement (1904), quatre cas de guérison après gastro-entéro-anastomose pratiquée chez le nouveau-né (2 cas de Kehr, Abello, Loebker).

Il est donc prouvé qu'un nouveau-né peut survivre à une gastro-entéro-anastomose.

IMPERFORATION DE L'URÈTHRE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ, MORT LE TROISIÈME JOUR ET PRÉSENTANT DES LÉSIONS CONGESTIVES DE L'INTESTIN.

Présentation des pièces provenant de l'autopsie. — L'enfant, du sexe masculin, était mort après avoir présenté plusieurs accès de cyanose. La mère avait, pendant sa grossesse, été soumise au traitement mercuriel. La syphilis était cependant des plus douteuses.

La lésion caractéristique était l'imperforation complète de l'urèthre, au niveau de son abouchement dans la vessie. De plus, la vessie était complètement rétractée et vide d'urine, et il n'y avait pas de distension des uretères ni du bassinet.

L'anurie avait été complète et remarquée par la mère le dernier jour.

L'enfant semble avoir succombé aux lésions congestives dont son intestin était le siège. Mais il n'aurait pu survivre à sa malformation.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que l'enfant a pu terminer, sans encombre, son existence intra-utérine. Le fonctionnement de l'appareil urinaire serait donc inutile pendant toute cette période contrairement à ce qu'on a prétendu, au moins en tant qu'appareil excréteur, éliminant au dehors ses produits.

MALFORMATIONS CHEZ DEUX NOUVEAU-NÉS.

Présentation de deux nouveau-nés.

L'un présente, au petit doigt, un molluscum gros comme une aveline suspendu à un long pédicule.

Le second est atteint d'une hypertrophie osseuse curieuse. La protubérance occipitale externe est saillante et pointue ; on la sent, sous les téguments sous la forme d'une épine dirigée directement en arrière, et sous laquelle le doigt s'engage. A son niveau, la peau est usée sous l'influence du décubitus dorsal, et une croûte s'est développée sur l'épiderme.

HERNIE OMBILICALE SANS SAC CHEZ UN FŒTUS MACÉRÉ.

Fœtus qui porte une hernie ombilicale, où se trouve la presque totalité des deux intestins, et dont tout l'intérêt réside dans ce fait, qu'il n'y a pas trace de sac, pas plus sur le pourtour de l'anneau que sur les parties herniées, où il est habituel de les voir adhérer.

Dès lors, nous sommes en face de deux hypothèses :

1°) Ou bien il s'agit d'une hernie véritablement sans sac et n'en ayant jamais eu. Ce fait est très rare, et, dans la littérature médicale, nous n'en avons retrouvé qu'un seul cas (celui de Talbet, Société anatomique de Paris, 1901).

2°) Ou bien, il s'agit d'une hernie, qui était primitivement contenue dans un sac, mais dont ce sac aurait été détruit par la macération. Il semble bien que ce soit l'hypothèse la plus probable. On pourrait objecter cependant que la macération a peu de tendance à détruire les tissus, et qu'il est quelque peu invraisemblable que cette destruction soit allée jusqu'à ne laisser absolument aucune trace du sac.

Le fœtus ne présente aucune autre malformation. La paroi abdominale est bien constituée partout, en particulier dans la région sous-ombilicale. Pour cette raison, il semble qu'on ait affaire à une hernie de la période fœtale plutôt qu'embryonnaire.

SYNDACTYLIE DE LA MAIN GAUCHE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ

Accouchement spontané d'un enfant de 3.300 gr. On note :

Une syndactylie totale de la main gauche : à l'exception du pouce qui est libre, les quatre doigts sont réunis par un revêtement cutané ; le médius et l'annulaire sont accolés et compris dans une gaine cutanée, jusqu'à leur extrémité, mais il y a indépendance du squelette de chaque doigt. Les deux doigts extrêmes sont réunis au médius et à l'annulaire par un double pont cutané, qui permet un léger écartement des doigts. La malformation est unilatérale.

REIN CONGÉNITALEMENT ATROPHIÉ.

Autopsie d'un prématuré mort avec broncho-pneumonie, chez lequel existait une atrophie congénitale presque totale du rein gauche.

ABSENCE CONGÉNITALE DU VOILE DU PALAIS ET DU PALAIS CHEZ UN PRÉMATURÉ DE 2.600 GR.

Accouchement spontané et sans incidents d'un enfant de 2.600 gr. qui présente une malformation congénitale caractérisée par l'absence complète du palais osseux et du voile du palais. En arrière des arcades alvéolaires existe une large fissure, au milieu de laquelle se voit la cloison médiane des fosses nasales. Tout à fait en arrière existent, de part et d'autre du pharynx, deux petits replis membranoïdes, qui paraissent être l'ébauche des piliers du voile.

Les troubles de la déglutition sont très accentués. L'enfant s'asphyxie quand on essaie de lui donner le lait maternel à la tétine ou à la cuiller.

Alimenté par le gavage à l'aide d'une sonde introduite dans le pharynx.

SPINA BIFIDA ULCÉRÉ PENDANT LE TRAVAIL. — DOUBLE PIED BOT CONGÉNITAL. — MORT DE L'ENFANT LE TROISIÈME JOUR. — PRÉSENTATION DES PIÈCES PROVENANT DE L'AUTOPSIE.

Spina bifida ulcéré dès la naissance. La poche, de coloration rougeâtre et

dont les bords se confondent avec les téguments, est divisée en deux parties par une cloison transversale. La poche supérieure communique avec le canal vertébral par un petit orifice au travers duquel on peut introduire un stylet. La poche inférieure communique aussi avec le canal vertébral.

Lorsqu'on enlève la partie postérieure de la colonne vertébrale, on reconnaît que la moelle se continue avec la paroi de la poche supérieure, de telle façon que cette paroi paraît, en grande partie, faite d'éléments nerveux.

Au-dessous de la poche inférieure existe une large fissure osseuse, qui a détruit la paroi postérieure du canal sacré.

La malformation congénitale des pieds est la même des deux côtés. C'est un double pied bot varus équin, avec enroulement très accentué du pied sur son bord interne.

MALFORMATION DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET DU TUBE DIGESTIF CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

Pièces provenant d'un nouveau-né mort quelques heures après sa naissance et dont l'autopsie a permis de constater diverses malformations portant sur l'appareil circulatoire (communication inter-ventriculaire, sans signes d'endocardite récente) et le tube digestif (dilatation volumineuse de la première portion et de la moitié supérieure de la deuxième portion du duodénum fortement comprimé par une bride péritonéale). Ni syphilis, ni alcoolisme des parents.

La maladie bleue, elle-même conséquence de la communication inter-ventriculaire, explique la mort rapide.

VOLUMINEUSE TUMEUR DE LA RÉGION SACRÉE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

Tumeur du volume d'une demi-tête fœtale, dont l'aspect fait présumer la nature angiomateuse à tissus multiples. L'enfant va bien et se développe régulièrement. Un traitement radiothérapique a été conseillé à l'exclusion de toute intervention chirurgicale.



Fig. 15. — Tumeur de la région sacrée chez un nouveau-né.

NOUVEAU-NÉ ATTEINT DE PIEDS-BOTS TALUS CONGÉNITAUX.

Enfant, âgé de 8 jours, né à terme et présentant un double pied bot talus avec un certain degré de valgus surajouté. A noter l'absence probable révélée par la palpation d'un os du massif tarsien, sans doute l'astragale.

PRÉSENTATION D'UN NOUVEAU-NÉ PHOCOMÈLE.

Phocomèle type avec réduction poussée à l'extrême des segments proximaux des deux membres supérieurs.

Les deux mains sont réduites à l'état de moignon avec deux doigts à droite, un seul à gauche. Radiographiquement, les doigts de la main droite sem-

blent complets et correspondent à un métacarpien. A gauche, le métacarpien manque.

Le squelette du reste des membres supérieurs semble sur l'épreuve radiographique ne comporter qu'un seul segment osseux correspondant au radius



Fig. 16. — Nouveau-né phocomèle.

droit. Mais par l'examen direct on trouve de plus à droite un rudiment d'humérus s'articulant de façon anormale avec l'omoplate.

A gauche, il n'existe qu'un segment osseux antibrachial ; l'omoplate est considérablement déformée.

Ces pièces squelettiques non visibles sur les radiographies seraient donc des ébauches cartilagineuses

Quant à l'interprétation pathogénique, il semble qu'il ne s'agit ni de rachitisme intra-utérin, ni d'achondroplasie, mais plutôt d'un trouble profond de l'ostéogénèse.

GROSSESSE GÉMELLAIRE. — FŒTUS COMPRESSUS. — VASTES LÉSIONS CUTANÉES CONGÉNITALES CHEZ LE FŒTUS SURVIVANT.

Présentation d'un nourrisson âgé de 3 semaines, porteur de lésions cutanées constatées dès la naissance et bien visibles sur les photographies ci-jointes.



Fig. 17. — Lésions cutanées congénitales chez un nouveau-né (Côté gauche).

Nous n'avons pas pu retrouver dans la littérature médicale d'observation rapportant des lésions cutanées analogues, et il est difficile d'émettre une hypothèse satisfaisante sur l'origine de celles-ci, qui paraissent contemporaines des derniers temps de la grossesse, alors qu'aucune altération de l'amnios n'a pu être relevée pouvant suggérer l'idée d'adhérences pathologiques. Des adhérences amniotiques ne pourraient, du reste, en aucune façon expliquer la symétrie presque absolue des lésions, symétrie telle que le contour très capricieux des

ulcérations cutanées est reproduit exactement de la même façon de chaque côté du tronc et des membres inférieurs. Cette symétrie nous paraît être un argument en faveur de l'origine nerveuse centrale (moelle) des lésions. Mais l'ab-



Fig. 18. — Lésions cutanées congénitales chez un nouveau-né (côté droit).

sence totale de lésions anatomiques visibles, (pas de spina bifida) et de troubles sensitivo-moteurs fait que cette explication doit rester à l'état de simple hypothèse.

FŒTUS ANENCÉPHALE.

Fœtus anencéphale chez lequel à la place de l'encéphale on voit deux masses de coloration violacée dans lesquelles on ne peut distinguer aucune trace de tissu nerveux. La moelle paraît macroscopiquement intacte. Pas de fissure vertébrale.

PLACENTA PRÆVIA. — MALFORMATIONS FŒTALES MULTIPLES. ALCOOLISME DU PÈRE.

Présentation d'une pièce à propos de laquelle nous notons :

1° La coexistence des malformations fœtales multiples avec l'insertion vi-

cieuse du placenta sans qu'il y ait lieu cependant, à notre avis, d'établir des unes à l'autre, une relation d'effet à cause ;

2° L'adhérence entre le crâne malformé et la face fœtale du placenta. Ici, on pourrait se demander si cette adhérence n'a pas été la cause de l'absence



Fig. 19. — Malformations fœtales multiples. Adhérence du crâne au placenta.

de développement de la voûte crânienne et de l'atrophie encéphalique consécutive. Mais l'existence de nombreuses autres malformations, sans qu'on ait constaté d'autres brides amniotiques ni d'oligo-amnios, semble plutôt devoir faire répondre négativement à cette question ;

3° Malgré l'opinion communément admise, il est très fréquent de ne relever, dans les antécédents héréditaires des fœtus malformés, ni syphilis, ni alcoolisme. Dans notre cas, la syphilis semble absente, mais l'alcoolisme du père paraît incontestable. A noter le psychisme très déficient de la mère.

EXENCÉPHALIE ET BEC-DE-LIÈVRE COMPLEXE CHEZ UN FŒTUS A TERME AYANT SURVÉCU DIX HEURES.

Présentation d'un fœtus porteur d'une exencéphalie avec intégrité presque complète du système nerveux encéphalique et d'un bec-de-lièvre complexe. La mère est une grande multipare chez laquelle on ne note aucun antécédent personnel ou héréditaire.

MONSTRE DOUBLE OPOSYME. (DUPLICITÉ ANTÉRIEURE. — DIPROSOPUS).



Fig. 20. — Monstre double oposyme.

Présentation d'un monstre portant sur un tronc unique deux têtes complètement fusionnées sur le plan médian de la région postérieure à la région anté-

rieure, les deux yeux internes très voisins étant logés dans une même orbite. Ce monstre est exencéphale et présente en outre un vaste hiatus diaphragmatique par lequel une partie du foie pénètre dans la cavité thoracique avec l'angle gauche du colon, l'estomac et la rate.

Cette monstruosité qui est exceptionnelle est cependant bien étudiée dans les ouvrages de tératologie. Il s'agit, suivant la nomenclature de Förster, cité par Rabaud, d'un monstre double catadidyme dont la caractéristique est l'existence d'un tronc toujours simple, au moins dans sa partie inférieure (par opposition aux *anacatadidymes* qui possèdent deux corps complets, et aux *anadidymes* dont la masse céphalique simple ou double, surmonte un tronc plus ou moins double à partir du cou). Ce monstre est en outre *monosomien* (un tronc unique) et *opodyme* (deux têtes réunies jusqu'à la région oculaire, les deux yeux en regard étant logés dans la même orbite).

Dans les traités allemands de Schwalbe (Iéna 1905) et de Birnbaum (Berlin 1909), nous trouvons deux photographies exactement comparables à celle que nous présentons. Les monstres sont rougés parmi les *monstres doubles*, à *duplicité parallèle*, variété antérieure. Ils ne constituent la forme la plus simple, sous la dénomination de diprosopus, distomus, tetrophtalmus, diotus. Les mêmes auteurs insistent en outre sur la coïncidence habituelle en pareil cas de malformations cérébrales, hydrocéphalie, anencéphalie ou exencéphalie. Il en fut ainsi, on l'a vu, dans notre observation.

HÉMORRAGIES

HÉMORRAGIE INTESTINALE MORTELLE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ PAR ULCÉRATION DU DUODÉNUM.

DEUX CAS D'HÉMATÉMÈSE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

QUATRE OBSERVATIONS D'HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES CHEZ DES NOUVEAU-NÉS.

HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES GRAVES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ TRANSFUSION DU SANG. — GUÉRISON.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'HEMATÉMÈSE DU NOUVEAU-NÉ ET DU JEUNE ENFANT.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES DU NOUVEAU-NÉ ET DU JEUNE ENFANT. (PRONOSTIC ET TRAITEMENT).

Nombreuses observations d'hémorragies gastro-intestinales chez des nouveau-nés (Maternité de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, de 1910 à 1920). Ces observations sont réunies dans les thèses de mes élèves Poursain et Massie.

De cet ensemble de faits, je peux dégager l'impression suivante :

Les hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés sont assez rares.

On les rencontre une fois en moyenne sur 500 à 800 enfants. Elles ne sont pas la manifestation d'une maladie générale bien définie, mais un syndrôme commun à des maladies et à des lésions très différentes.

Elles se produisent en général, sans cause apparente, dans les deux premiers jours de la vie, sous la forme d'hématémèse ou de mélæna ou des deux associés. L'hématémèse est plus rarement observée et semble exister seulement lorsque l'hémorragie est d'origine gastrique.

D'une façon générale il semble que le pronostic soit moins grave qu'on ne le pense habituellement. L'enfant guérit presque toujours, malgré les phénomènes inquiétants notés dans certains cas. Le seul cas de mort que nous ayons observé se rapporte à une ulcération du duodénum (hémorragie foudroyante).

En dehors de la gravité plus ou moins grande de la cause (syphilis, infection), il est certain que l'abondance du sang répandu et la répétition des hémorragies seront les facteurs principaux de la gravité du pronostic.

Quant au traitement, il doit viser surtout à supprimer toute cause d'irritation du tube digestif (diète complète) et à traiter les hémorragies par les hémostatiques habituels. Le sérum de cheval (par voie gastrique ou sous-cutanée) nous a souvent paru exercer une action heureuse. Dans les cas graves, la transfusion du sang doit toujours être tentée (guérison obtenue dans un cas observé avec MM. Rhenter et Banssillon).

L'HÉMATOME PERI-RENAL DU NOUVEAU-NÉ.

DES HÉMORRAGIES INTRA ET RETRO-PERITONÉALES COMME CAUSE DE MORT RAPIDE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Ayant eu l'occasion d'observer deux nouveau-nés morts brusquement 5 et 10 jours après la naissance, sans que rien puisse expliquer un dénouement aussi soudain et ayant trouvé à l'autopsie des deux enfants des épanchements

sanguins rétro ou intra-péritonéaux, j'ai étudié avec la collaboration de mon élève Goy. ces faits et quelques autres du même genre.

Nos conclusions sont les suivantes :

1°) Il existe des cas de mort rapide chez le nouveau-né, dans lesquels on doit incriminer une hémorragie rétro ou intra et rétro-péritonéale.

2°) Dans les cas d'hémorragie rétro-péritonéale peu abondante, on peut discuter sur la valeur de l'hémorragie comme cause déterminante de la mort ; dans les cas d'hémorragie intra-péritonéale le doute n'est pas possible

3°) Au point de vue pathogénique, il faut distinguer deux ordres de faits : ou bien on rencontre des lésions des surrénales qui expliquent les hémorragies, ou bien on ne trouve aucune trace de lésions organiques, et alors on doit se borner à émettre des hypothèses en admettant comme facteurs pathogènes très importants le *Traumatisme* et l'*Infection*, éléments susceptibles de déterminer des lésions du côté des vaisseaux du rein, de la rate ou du pancréas.

4°) La symptomatologie de ces hémorragies est des plus obscure. Elles peuvent survenir soit d'une façon foudroyante, soit s'installer plus lentement. Il faut surtout distinguer les cas fébriles et les cas non fébriles. Quant au traitement, il ne peut être que prophylactique (Pas de manœuvres brutales, de flagellation, hygiène rigoureuse des jours suivant la naissance).

UN CAS D'HÉMORRAGIE MENINGÉE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

HÉMORRAGIE MENINGÉE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ. PONCTION LOMBAIRE. — GUÉRISON.

Observations de deux nouveau-nés chez lesquels coexistaient un volumineux épanchement sanguin extra-cranien et une hémorragie méningée. L'accouchement avait été, dans les deux cas, entièrement spontané. Pour le premier, cependant, il faut noter qu'il avait été fait pendant le travail une injection d'extrait hypophysaire à la suite de laquelle de fortes contractions étaient apparues. Cet enfant succomba rapidement avec des signes d'anémie grave et sans présenter de crises convulsives. Le second au contraire, eut de nombreuses crises qui cédèrent rapidement après plusieurs ponctions lombaires qui ramenèrent un liquide d'abord fortement hémorragique, ensuite de moins en moins coloré.

Quelle est la cause des hémorragies intra et extra-craniennes (sans lésion du crâne osseux) dans ces deux cas ? Mise à part l'action possible des fortes douleurs provoquées par l'extrait hypophysaire sur la circulation fœtale ou sur

la tête, j'avais, lorsque j'ai publié ces faits, admis une fragilité vasculaire anormale. Mais d'autres faits observés postérieurement et dont il sera question un peu plus loin, m'inclinent à penser que cette fragilité doit dans bien des cas être mise sur le compte de la syphilis.

En tout cas, il faut noter l'action heureuse, dans un cas, de la ponction lombaire, plusieurs fois répétée.

HÉMORRAGIE OMBILICALE MORTELLE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ SYPHILITIQUE.

Accouchement spontané à terme. Poids de l'enfant : 1900 gr. Poids du placenta : 600 gr. L'enfant est chétif, mais ne présente aucun signe clinique d'hérédo-spécificité. Il prend le sein et s'élève normalement pendant la première semaine. Rien à signaler du côté du cordon.

Au 10e jour : hémorragie ombilicale persistante et rebelle aux traitements mis en œuvre. L'enfant meurt 2 heures après le début de l'hémorragie. Poids de l'enfant au moment de la mort : 1900 gr.

Examen de la mère : Primipare, 1 interrogatoire permet de suspecter la syphilis. Wassermann positif.

Autopsie de l'enfant. — Pas d'hémorragie méningée. Gros foie, grosse rate. L'examen microscopique des pièces montre :

1°) Au niveau du foie : nombreux amas de cellules rondes disséminées dans les travées et au niveau des espaces de Kiernan. C'est l'aspect typique du foie hérédo-syphilitique.

2°) Au niveau de la rate : hyperplasie notable de tous les éléments.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMORRAGIES DU NOUVEAU-NÉ.

Nous rapportons dix cas d'hémorragies observées chez des nouveau-nés et se répartissant de la manière suivante : 1 cas d'hémorragie périrénale (rétropéritonéale), 1 d'hémorragie ombilicale, 8 d'hémorragie méningée. Tous ces cas ont été mortels et sont complétés par l'observation nécropsique.

Ces hémorragies sont toutes survenues à la suite d'accouchements spontanés et en dehors de tout traumatisme obstétrical.

Nos conclusions sont les suivantes :

Ces hémorragies paraissent dues soit à des *intoxications* (deux observations, un nouveau-né né de mère éclamptique, morte par la suite, un autre d'une mère ayant subi un traitement prolongé et à forte dose par le gardénal), soit à la syphilis (les 8 autres observations, la spécificité étant, pour quatre d'entre elles simplement probable, et certaine, au contraire, pour les 4 autres : réaction de Wassermann positive et examen microscopique des viscères.

En somme, la syphilis jouerait le rôle principal, ou tout au moins un rôle important, dans la pathogénie des hémorragies du nouveau-né, lorsque celles-ci surviennent en dehors de tout traumatisme.

ICTÈRES

LES ICTÈRES DU NOUVEAU-NÉ.

La Société Obstétricale de France ayant mis à l'ordre du jour de sa 11[e] Session (1908) la question des ictères du nouveau-né, sur laquelle les travaux de Chauffard, de Widal et de leurs élèves concernant les ictères hémolytiques venaient d'attirer l'attention, j'ai été chargé, en collaboration avec le Professeur Bué, de rédiger sur cette question, déjà abordée par moi en 1907, dans la thèse de mon élève Christoff, un rapport qui peut être résumé comme suit :

I. *Définition :* Doit être considérée comme ictère du nouveau-né toute coloration jaunâtre de la peau et des muqueuses, liée elle-même à la présence dans le sang (et consécutivement dans l'urine) de pigments biliaires ou non et, dans ce dernier cas, résultant de la transformation de substances capables de donner naissance à des pigments jaunes, si cette coloration survient avant la cicatrisation de la plaie ombilicale, c'est-à-dire avant le 15[e] jour après la naissance.

II. *Classification.* — Nous conservons la classification classique en *ictère symptomatique*, c'est-à-dire provenant d'une cause connue, cliniquement décelable, dont il n'est qu'un épiphénomène, et *ictère idiopathique* semblant évoluer pour son propre compte et ne pas procéder d'une affection décelable par les procédés cliniques ordinaires. Mais cet ictère idiopathique n'est lui-même bien entendu, qu'un ictère symptomatique dont la cause n'est pas encore entièrement et définitivement connue.

Il est probable cependant que cet ictère idiopathique pourra bientôt prendre place à la suite des ictères symptomatiques sous le nom d'ictère hématogène.

III. *Les ictères symptomatiques* sont dus :

a) A une obstruction biliaire ;

b) A l'infection, celle-ci ayant une porte d'entrée intestinale ou ombilicale et les formes observées étant légères ou graves.

Une des formes graves se distingue par la présence d'hématuries et a reçu pour cette raison le nom d'ictère bronzé hématurique.

c) A la syphilis, celle-ci agissant soit directement, soit indirectement, lorsqu'une infection surajoutée trouve dans le foie syphilitique un terrain favorable.

Les ictères symptomatiques sont en très grande majorité des ictères hépatogènes ou par rétention. Les urines renferment des pigments biliaires.

IV. *L'ictère simple* ou *idiopathique* se distingue :

1°) Par l'absence des causes énumérées plus haut.

2°) Par sa bénignité.

3°) Par l'absence de pigments biliaires dans les urines.

4°) Par des symptômes hématologiques qui sont avant tout la fragilité globulaire, la constatation d'hématies granuleuses, enfin la présence successive dans le sang, d'abord d'hémoglobine dissoute, puis de pigments.

La succession de ces signes hématologiques permet de décrire à l'ictère idiopathique une évolution cyclique en trois périodes, période rouge ou préictérique, période jaune ou d'ictère confirmé, période de déclin, cette évolution extériorisant pour le clinicien la pathogénie même de l'ictère.

a) *Période rouge ou d'érythrodermie de Moussous.* — Sous l'influence d'une cause qui paraît être le refroidissement du corps du nouveau-né, il se produit une diminution de la résistance globulaire. Cette diminution se produit chez tous les nouveau-nés. Mais si elle est faible, la quantité de globules détruits et d'hémoglobine mise en liberté est insignifiante et l'ictère ne se produit pas. Si elle est considérable, les globules rouges se détruisent en masse, le laquage du sang apparaît et son intensité est proportionnelle à celle de l'ictère et de la fragilité globulaire.

Mais ces destructions ne sont pas sans provoquer un processus actif de régénération, qui se manifeste par l'apparition des hématies granuleuses, issues des organes hématopoietiques, que ces hématies correspondent du reste à une régénération normale (Moussous) ou pathologique (Chauffard).

En même temps que le sérum sanguin se colore sous l'influence de l'hémoglobine, la peau elle aussi devient rouge (érythrodermie) et les urines se chargent de pigments jaunes rouges. Pourquoi, puisqu'il y a de l'hémoglobine dans le sérum, cette hémoglobine ne passe-t-elle pas dans l'urine ? Bien évidemment, parce que, au niveau du rein, il se fait un travail de transformation des pigments sanguins en pigments urinaires. Que sont ces pigments, qui ne donnent pas la réaction de Gmelin ? On sait sur eux peu de chose ; seulement que leur noyau pyrrolique leur donne une grande parenté avec les pigments sanguins. L'oxyhémoglobine paraît en effet le corps le plus oxydé d'une série dont les pigments biliaires et urinaires représentent les termes les moins oxydés ou réduits.

b) *Période jaune.* — La fragilité globulaire diminue progressivement. Les hématies granuleuses sont moins nombreuses. Les globules cessent de se désagréger et l'hémoglobine de se dissoudre dans le sérum ; celle qui y était déjà se transforme en pigments et l'ictère fait son apparition au niveau des téguments.

Nous admettons comme des plus vraisemblables cette réduction de l'hémoglobine en pigments dans le sérum. Que sont ces pigments ? Nous avons déjà fait allusion plus haut à cette question. Moussous et Leuret croient que ce ne sont pas des pigments biliaires et leur opinion nous semble logique, puisque les urines n'en contiennent pas non plus. Mais elle n'est pas absolument démontrée et au surplus la chose est sans importance en ce qui concerne la physiologie pathologique des ictères hémolytiques. Il importe beaucoup plus que l'hypothèse de la réduction de l'hémoglobine en pigments biliaires ou non ne se heurte à aucune impossibilité. Or, cette hypothèse est rendue plausible par toute une série de travaux de chimie biologique : travaux de Hayem, démontrant la parenté de l'hémoglobine, avec la métémoglobine, l'urohiline, l'hématoïdine, l'hématine et la bilirubine qui se retrouvent dans les foyers hémorragiques ; travaux de Leuret qui, mettant l'hématine au contact d'un courant d'hydrogène naissant, la décolore par réduction et donne naissance à des produits voisins des pigments biliaires ; travaux de Hoppe-Seyler qui, réduisant l'hémoglobine, obtient l'urobiline ; de Maly qui transforme la bilirubine en urobiline.

N'oublions pas enfin que Hayem, provoquant expérimentalement l'hémolyse, a constaté qu'au début du laquage du sang, le rein, organe réducteur, transformait l'hémoglobine en ces produits moins oxydés qui constituent les pigments urinaires normaux

c) *Période de déclin.* — L'ictère persiste encore, mais va s'atténuant pendant que très rapidement le sérum se débarrasse de ses pigments et que les urines deviennent claires. Longtemps avant la disparition de l'ictère, la fragilité

globulaire, signe révélateur de l'hémolyse qui avait été le *primum movens* de l'affection, avait cessé d'être perceptible.

En somme, l'ictère idiopathique du nouveau-né constitue un des types les plus complets d'ictère hémolytique qu'on ait observés jusqu'à ce jour, en même temps qu'une de ces formes bénignes et de courte durée qu'on rencontre rarement chez l'adulte.

V. *Le diagnostic* des ictères du nouveau-né doit être basé surtout sur la recherche de la cause et sur l'examen du sang.

Le traitement sera avant tout prophylactique. Quant au traitement curatif, il doit s'adresser à la cause, pour les ictères autres que l'ictère simple, et reste pour celui-ci une simple surveillance du développement de l'enfant.

SYPHILIS

PRÉSENTATION D'UN NOUVEAU-NÉ SYPHILITIQUE.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'intensité et la confluence des lésions qu'il présente et qui consistent en grosses bulles louches, de pemphigus palmaires et plantaires, accompagnées de syphilides maculeuses disséminées, opposées à l'absence complète de tout symptôme chez le père et la mère ; cette dernière était venue plusieurs fois se montrer à la consultation des femmes enceintes, mais on n'avait pas soupçonné l'infection et, par conséquent, institué aucun traitement spécifique.

L'enfant pesait 2.150 gr. et, le placenta seulement 440 gr.

Malgré le traitement mercuriel, l'enfant est mort au bout de deux jours et l'autopsie a révélé des lésions pulmonaires qui, macroscopiquement, ont paru de nature spécifique.

UN CAS DE GUÉRISON DE MANIFESTATIONS CUTANÉO-MUQUEUSES D'HEREDO-SYPHILIS CHEZ UN NOURRISSON APRÈS UNE SEULE INJECTION D'ARSÉNO-BENZOL.

Observation publiée en 1912, c'est-à-dire à une époque où l'on ne connaissait qu'un petit nombre de cas d'application de la médication arséno-benzolée à la syphilis du jeune enfant.

DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS DU NOUVEAU-NÉ PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'ARSÉNO-BENZOL.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CHEZ LE NOURRISSON PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'ARSÉNO-BENZOL.

Je rapporte, en collaboration avec M. Paliard et dans la thèse de mon élève Fourest, un certain nombre d'observations de syphilis chez des nouveau-nés et des nourrissons, traitées par les injections intra-veineuses d'arséno-benzol. On peut pour ces injections utiliser, chez le tout jeune enfant, soit les veines jugulaires, soit les veines épicrâniennes. La voie intra-veineuse semble avoir une précision supérieure aux injections intra-rectales, et elle n'expose pas aux accidents locaux des injections intra-musculaires. L'arséno-benzol ainsi employé est plutôt mieux toléré par l'enfant que par l'adulte. Sur 3.000 injections faites à des enfants, M. Laurent n'a observé qu'une seule crise nitritoïde sans gravité.

MALADIES DIVERSES

HYPERTROPHIE DU FOIE ET DE LA RATE CHEZ UN FŒTUS MACÉRÉ AVEC GROS PLACENTA.

Observation rapportée en raison de la coexistence des trois hypertrophies avec l'absence de tous les autres signes de syphilis chez la mère.

UN CAS DE GANGRÈNE DE L'OMBILIC CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

Présentation d'une pièce provenant d'un nouveau-né, ayant succombé à une gangrène de l'ombilic un mois après la naissance. D'abord était apparue une zone d'inflammation simple autour de l'ombilic ; puis, au centre de cette zone, une escharre s'était formée, sans réaction fébrile et la chute de cette escharre avait laissé le péritoine à nu. En somme : Fait caractéristique de morti-

fication cutanée, précédée d'une teinte lie de vin de la peau, absence d'élévation thermique au-delà de 37°8. Rien d'anormal du côté de l'artère et la veine ombilicales.

RUPTURE INTRA-UTERINE DE LA RATE ET PÉRITONITE SOUS HEPATIQUE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ. — PRÉSENTATION DES PIÈCES.

Nouveau-né mort dix heures après sa naissance.

A l'autopsie, on trouve :

1° Adhérences paraissant nettement inflammatoires unissant l'appendice iléo-cæcal à la face inférieure du foie.

2° Sur le bord postéro-externe de la rate, vers le milieu à peu près, une plaie transversale de deux centimètres de long environ. Les lèvres de la plaie sont agglutinées ; les bords étant légèrement écartés, on voit se tendre de petits filaments fibrineux qui se rompent sous la sonde. Il s'agissait donc bien d'une plaie en voie de cicatrisation, et non d'une de ces incisures si fréquentes sur les bords de la rate. L'épiploon gastro-splénique est imprégné de sang noir que le frottement n'enlève pas, car il s'agit d'une ecchymose entre les feuillets péritonéaux.

L'épiploon pancréatico- splénique est également tacheté de ces plaques ecchymotiques.

La mère ayant subi, sur la fin de sa grossesse, un traumatisme violent, nous proposons, pour ces lésions, l'interprétation pathogénique suivante :

1° Rupture traumatique intra-utérine de la rate.

2° Epanchement intra-péritonéal, ayant eu le temps de se résorber en presque totalité, mais ayant provoqué, en certains points, une péritonite adhésive dont le vestige serait l'adhérence appendiculo-hépatique.

LA LYMPHANGITE GANGRÉNEUSE DU SCROTUM CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Deux observations recueillies à la Maternité de l'Hôtel-Dieu sont le point de départ de ce travail, où nous tentons d'individualiser, surtout en la séparant de l'érysipèle, une forme clinique très spéciale des infections cutanées du nouveau-né.

Nos conclusions sont les suivantes:

1° Il existe chez le nouveau-né une forme spéciale de lymphangite du scrotum à tendance gangréneuse.

Cette forme de lymphangite a évidemment des liens étroits avec l'érysipèle de cette région ou des régions voisines, puisque dans certains cas, elle peut lui succéder ; mais, lorsque la maladie est définitivement constituée, elle mérite vraiment, en raison de la netteté des symptômes, d'être individualisée en tant qu'affection spéciale.

2° La lymphangite gangréneuse du scrotum du nouveau-né apparaît indifféremment chez les bien portants ou chez les débiles. La limite extrême de son apparition paraît être la fin de la troisième semaine, et il ne semble pas qu'on doive toujours incriminer l'infection du milieu où elle se produit.

La porte d'entrée de l'agent infectant (probablement le streptocoque) paraît être pour plusieurs raisons la plaie ombilicale ; de sorte que cette forme de lymphangite paraît avoir, avec l'érysipèle ombilicale du nouveau-né, non seulement une parenté clinique mais aussi une relation étiologique.

3° L'allure clinique de la lymphangite gangréneuse est schématiquement la suivante :

a) Dans une première phase, il existe de la lymphangite du scrotum avec œdème considérable de la région, lymphangite ou bien primitive du scrotum, ou bien consécutive à une infection de voisinage du même ordre.

b) Dans une deuxième phase, la gangrène apparaît sous forme de plaque noirâtre ou blanchâtre, et évolue de façon variable, selon que l'enfant vit assez pour laisser aux tissus mortifiés le temps de s'éliminer ou que la mort survient au premier stade du sphacèle.

L'état général reste bon, tant que la gangrène n'est pas apparue ; il s'aggrave, au contraire, immédiatement sitôt la manifestation de celle-ci. La mort survient le plus souvent.

4° Cette affection ne peut guère être confondue qu'avec :

a) Au début, un érysipèle simple, qui, nous l'avons du reste observé, peut présenter des liens étroits avec la lymphangite gangréneuse du scrotum.

b) Plus tard, une infiltration d'urine, maladie très voisine de l'affection étudiée, par l'aspect des téguments scrotaux, mais très différente d'elle, par l'envahissement du périnée respecté dans celle-ci, et surtout par la présence des causes urinaires à incriminer.

5° Le pronostic est toujours très grave, le plus souvent fatal. Nous avons dit plus haut que l'état général s'aggravait considérablement dès l'apparition de la gangrène.

6° Le traitement sera avant tout prophylactique. Lorsque l'affection sera constituée, on aura à sa disposition des moyens simples (balnéation, compresses antiseptiques chaudes, soutenir l'état général) et des moyens plus chirurgicaux (incisions et mouchetures de la région sphacélée au thermocautère).

PIÈCES PROVENANT DE L'AUTOPSIE D'UN NOUVEAU-NÉ — RUPTURE DE LA PAROI POSTÉRIEURE DE L'OREILLETTE DROITE.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.858 gr. qui paraît très bien portant à la naissance.

Dix jours après, mort subite de l'enfant par cyanose.

L'autopsie montre l'existence d'un caillot dans le péricarde. En réclinant le cœur, on trouve, sur sa face postérieure, l'oreillette droite ouverte suivant une ligne horizontale, qui se confond à peu près avec le bord supérieur du sillon auriculoventriculaire. Pas d'autres lésions viscérales.

La déhiscence constatée à la face postérieure de l'oreillette droite doit être mise sur le compte d'une rupture du cœur. Les solutions congénitales de continuité ne se rencontrent, en effet, que sur les cloisons inter-ventriculaires ou inter-auriculaires.

Les ruptures du cœur sont extrêmement rares chez l'enfant. Les traités de médecine infantile sont d'ordinaire muets sur ce point. Seul, M. Weill, dans son article du traité de Grancher, les cite à titre d'exception et comme rentrant dans les lois générales des ruptures du cœur.

On aurait donc affaire à une rupture préparée par l'affaiblissement local du myocarde, affaiblissement dû ordinairement à un infarctus ancien, à de la sclérose, toutes lésions difficiles à admettre chez un enfant de 11 jours bien portant en apparence.

L'examen de l'organe ne permettait aucunement d'affirmer une lésion quelconque de la fibre cardiaque. Aussi, semble-t-il plus admissible de croire à un affaiblissement congénital de myocarde.

PARALYSIE FACIALE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ A LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT SPONTANÉ. — MARQUES DE PRESSION SUR LES TÉGUMENTS DU CRANE; RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN CHEZ LA MÈRE.

Observation d'un nouveau-né qui vint au monde porteur d'une paralysie faciale et de marques de pression au niveau d'un pariétal et de la pointe d'une mastoïde. La mère avait un rétrécissement du bassin assez marqué, et l'accouchement, quoique spontané, avait été long et laborieux.

De l'ensemble des constatations anatomiques et cliniques, je conclus : accouchement spontané après un long arrêt de la tête, au détroit supérieur. Compression exercée par celui-ci sur l'émergence du facial droit. Paralysie de ce nerf, mais paralysie traumatique, bien que survenant après un accouchement spontané, donc bien différente de certaines autres paralysies faciales observées dans les mêmes conditions, et qui sont dues soit à des atrophies des noyaux centraux, soit à des malformations du rocher au niveau de l'aqueduc de Fallope.

CÉSARIENNE VAGINALE POST MORTEM. — SURVIE DE L'ENFANT.

Eclamptique amenée mourante a la Maternité. Deux heures après son arrivée, alors qu'après échec du traitement médical habituel, on se préparait, les bruits du cœur étant toujours entendus, à évacuer rapidement l'utérus, cette femme succomba brusquement. On fit alors rapidement, sur un col dilaté à 4 cm., de grandes incisions, et une application de forceps permit d'extraire un enfant qui fut facilement ranimé et paraît, quinze jours après sa naissance, en bonne voie de développement. Cette survie, après la césarienne post-mortem, est tout à fait exceptionnelle, et nous n'en connaissons, pour la césarienne vaginale, aucun autre exemple.

LES TRAUMATISMES OBSTÉTRICAUX. DANS L'ETIOLOGIE DES ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES.

Ayant été frappé de l'unanimité avec laquelle les traités de pédiatrie font jouer un rôle important aux traumatismes obstétricaux dans l'étiologie des encéphalopathies, j'ai eu la curiosité, afin de vérifier le bien fondé de cette assertion, de m'adresser au traumatisme crânien le plus fréquent, c'est-à-dire à l'application de forceps, quelle qu'en soit la cause (résistance des parties molles, étroitesse du bassin, longueur du travail, souffrance de l'enfant), et j'ai cherché à savoir ce que sont devenus les enfants extraits à l'aide de cet instrument.

Voici le résultat de mes recherches tel qu'il a été consigné dans la thèse de mon élève Chevalier (Lyon 1910) : sur 126 enfants nés depuis au moins deux ans, extraits par le forceps, et recherchés dans leur famille, 95 ont été retrouvés indemnes de toute tare nerveuse, 30 sont morts d'affections quelconques de l'enfance, et un seul a présenté vers l'âge de six ans des accidents nerveux (maladie de Little).

S'il nous était permis de généraliser à l'ensemble des traumatismes obstétricaux en partant du plus caractérisé et du plus fréquent de tous, nous pourrions conclure que l'opinion citée plus haut est sinon fausse du moins très exagérée, et que ces traumatismes ont dans la génèse des encéphalopathies un rôle très peu important par rapport aux autres causes, parmi lesquelles il convient sans doute de faire une place a la souffrance prolongée de l'enfant pendant le travail, que le forceps, appliqué à temps, permet précisément d'éviter.

INTERVENTIONS SUR LE NOUVEAU-NÉ

FRACTURE ÉTENDUE DU FRONTAL CHEZ UN NOUVEAU-NÉ APRÈS UNE APPLICATION DE FORCEPS DANS UN BASSIN RÉTRÉCI. — RELÈVEMENT SANGLANT DU FRAGMENT. — GUÉRISON.

ENFONCEMENT DU PARIÉTAL AU COURS D'UNE EXTRACTION TÊTE DERNIÈRE.

UN CAS D'ENFONCEMENT DU PARIÉTAL CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

ENFONCEMENT DU FRONTAL SURVENU AU COURS D'UN ACCOUCHEMENT SPONTANÉ ET TRAITÉ PAR LA MÉTHODE DE VICARELLI.

La nécessité ou tout au moins la légitimité du redressement immédiat des enfoncements de la voûte du crâne consécutifs à un traumatisme obstétrical chez le nouveau-né est actuellement admise par tous les accoucheurs. Les 4 cas que j'en ai rapporté m'ont paru pouvoir prêter à quelques considérations particulières.

1[er] cas (1903). Profond effondrement du frontal droit. Partie inférieure du trait de fracture parallèle au bord supérieur de l'orbite sur une étendue de 3 cm. $\frac{1}{2}$. Accidents convulsifs aussitôt après la naissance. Redressement sanglant immédiat par le procédé classique dont la technique a été bien fixée par Commandeur. Suites immédiates et éloignées parfaites.

2[e] cas (1920). — Enfoncement du pariétal produit au cours d'une extraction tête dernière, dans un bassin faiblement rétréci où 3 gros enfants avaient déjà passé sans incidents. Tentative immédiate de redressement bien qu'il n'y

ait, chez l'enfant, aucun signe de compression intra-cranienne. Deux incisions ne permettent de découvrir aucun trait de fracture. Voulant éviter l'incision de l'os, je me décide à laisser les choses en l'état. Suites simples. L'enfant est revu deux mois après, en parfaite santé. Il s'agissait donc ici d'une dépression sans fracture au moins apparente de l'os. On peut discuter l'abstention après une tentative de redressement. Son résultat heureux prouve seulement qu'un enfoncement crânien peut être bien toléré.

3[e] cas (1921). — Enfoncement du pariétal après une extraction tête dernière. Prématuré de 2.300 gr. difficilement ranimé. Redressement immédiat facile, après l'incision de l'os, par le procédé classique (ciseaux courbes). L'enfant meurt le lendemain, probablement de débilité sans avoir présenté de symptômes nouveaux. L'autopsie a montré qu'il n'existait ni lésion cérébrale, ni hémorragies antérieures ou consécutives à l'intervention. Pas de trait fracture apparent.

4[e] cas (1925). — Enfoncement du frontal au cours d'un accouchement spontané. Aucun accident chez l'enfant. Redressement immédiat par la méthode de Vicarelli (tire-bouchon). Cette méthode est considérée actuellement par tous les accoucheurs (en particulier par Commandeur) comme étant la plus simple et la plus rapide en même temps que tout à fait inoffensive. Dans notre cas l'ossification avancée des os du crâne a rendu difficile la pénétration de l'instrument et il a fallu nous servir d'une pointe très effilée. La force qu'on est obligé de déployer pour la pénétration ne nous paraît pas dangereuse en raison de son application tangentielle et du rapprochement des tours de spire du tire-bouchon. Les suites immédiates et éloignées pour l'enfant ont été parfaites.

NOTES SUR UN CAS DE HERNIE OMBILICALE CONGÉNITALE DE LA PÉRIODE EMBRYONNAIRE

Il s'agit d'un cas de hernie ombilicale de la période embryonnaire observé chez un enfant né dans mon service de la Maternité de la Charité.

Cet enfant a été opéré par M. Bonnet au cours de la première heure ; il a guéri de la façon la plus simple, et n'a pas présenté jusqu'à présent les accidents tardifs qu'il y a lieu de redouter dans des cas semblables.

Cette hernie se présentait au point de vue anatomique sous une apparence très complexe, avec une membrane interne amniotique, et une membrane interne ovasculaire se continuant avec le péritoine et dont il était difficile de dire si elle était ou non le péritoine, de telle façon qu'il était difficile de dire si l'on avait affaire à une hernie de la période embryonnaire ou de la période fœtale,

Cette distinction ne présente du reste aucun intérêt au point de vue opératoire Ce qui importe, c'est la distinction entre hernies dont le contenu est totalement réductible et hernies dont le contenu est partiellement irréductible, comme dans notre cas où ce contenu était formé par de nombreuses anses grêles et par tout le gros intestin adhérent au sac par une moitié de sa surface. Ces hernies irréductibles nécessitent une anesthésie profonde et une véritable laparotomie pour la réintégration du contenu herniaire et la libération des adhérences.

La mortalité immédiate des hernies ombilicales opérées chez le nouveau-né est d'environ 36 % d'après une statistique de Perrin. Mais on manque d'éléments pour en établir les suites éloignées. Des observations comme la nôtre sont intéressantes à ce point de vue.

ALLAITEMENT

PNEUMONIE A LA FIN DE LA GROSSESSE. — ACCOUCHEMENT AVANT TERME. — DÉFERVESCENCE 4 JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — ALLAITEMENT DE L'ENFANT PAR SA MÈRE.

Observation d'une multipare ayant accouché chez elle au 7e jour d'une pneumonie droite franche, à peu près dix jours avant son terme.

Elle entre à l'hôpital, le lendemain de son accouchement, avec une température supérieure à 40°, et des signes d'une extrême netteté, dans toute la partie inférieure du poumon droit (souffle, matité, râles).

Défervescence brusque, trois jours après son entrée.

L'enfant, qui pesait 2.850 grammes à la naissance, et avait été confié à une nourrice, est redonné à sa mère, sept jours après l'accouchement, et allaité régulièrement par elle.

La sécrétion lactée, d'abord peu abondante, ne tarda pas à se rétablir de façon normale, sans aucun inconvénient pour la santé de la mère.

Après cinq jours, celle-ci suffit aux besoins de son nourrisson, qui prend régulièrement 50 grammes par jour.

Le 17e jour après l'entrée, tous deux quittent le service en parfait état, l'enfant pesant 3.156 grammes.

Cette observation montre, après beaucoup d'autres, d'abord que l'allaitement, dans le décours des maladies aiguës, est parfaitement possible et sans danger pour la mère et l'enfant, ensuite, que, sous l'influence d'une demande régulière, la sécrétion lactée peut s'établir ou se rétablir, même après avoir été suspendue pendant un temps assez long.

ALLAITEMENT ARTIFICIEL D'UNE ENFANT PRÉMATURÉE ET SYPHILITIQUE

Présentation d'une enfant née à 7 mois, pesant 1.270 grammes, d'une mère paralytique générale, syphilitique certaine, qui succomba quatre jours après l'accouchement.

Cet enfant fut gardé à la Maternité et, ne pouvant être confié à une nourrice, élevé au biberon, pendant qu'on instituait un traitement spécifique énergique. Il a aujourd'hui 92 jours, et pèse 2.300 gr. soit un gain de 1.030 et paraît en bonne santé.

Ce résultat nous paraît intéressant à signaler, en raison de ce qu'on sait du résultat déplorable de l'allaitement artificiel chez les prématurés et plus encore chez ceux qui ont une tare quelconque (ici la syphilis). Il nous a cependant permis de maintenir pendant trois mois, dans un état satisfaisant, un enfant auquel la maladie et la mort de sa mère semblait enlever toute chance de salut.

DE LA MORTALITÉ INFANTILE SELON QUE L'ENFANT EST GARDÉ PAR LA MÈRE, OU CONFIÉ A UNE NOURRICE MERCENAIRE ET, DANS CHACUNE DE CES CATÉGORIES, SELON LE MODE D'ALLAITEMENT (MATERNEL OU ARTIFICIEL).

Travail statistique comprenant 2.395 enfants et basé sur le dépouillement de 674 observations de multipares, ayant accouché à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon, de septembre 1904 à décembre 1906 (toutes les observations douteuses ont été éliminées).

Les résultats auxquels nous sommes arrivés sont les suivants :

1° Enfants gardés par la mère ou les grand'parents, 1510.

232 sont morts ; 1.278 restent vivants à un an.

Mortalité générale de 15,30 p. 100.

a) 1.298 enfants ont été élevés au sein par leur mère pendant un temps plus ou moins long avec ou sans addition simultanée ou consécutive du biberon.

155 sont morts ; 1.143 restent vivants.

Mortalité de 11,90 p. 100.

b) 212 enfants ont été allaités au biberon par la mère ou ses proches parents.

65 sont morts ; 147 restent vivants à 1 an.

Mortalité : 30,6 p. 100.

2° 885 enfants ont été élevés en nourrice.

391 sont morts ; 494 restent vivants à 1 an.

Mortalité générale 44,20 p. 100.

a) 164 enfants ont été élevés au sein,

53 sont morts ; 111 restent vivants.

Mortalité : 32,60 p. 100.

b) 721 enfants ont été élevés au biberon ; les uns dès leur naissance, les autres après un temps plus ou moins long d'allaitement au sein de la mère.

338 sont morts ; 383 survivent à 1 an.

Mortalité : 47 p. 100.

De ces chiffres il est légitime de conclure à la grande supériorité de l'élevage de l'enfant par la mère (quel que soit le mode d'allaitement employé) sur l'élevage par des mains étrangères (exception faite pour les cas où la nourrice est une proche parente de l'enfant).

QUARANTE OBSERVATIONS DE TROUBLES DIGESTIFS DU NOURRISSON TRAITÉS PAR L'INJECTION DE LAIT (MÉTHODE DE WEILL).

J'ai consigné dans la thèse de mon élève Peytraud les résultats de l'application de la méthode de Weill à 40 nourrissons nés dans mon service de la Charité et présentant à un stade quelconque de leur développement des troubles digestifs (surtout des vomissements rebelles à tout traitement) paraissant appartenir aux faits cliniques que le Professeur Weill a groupés sous le nom d' « intolérance » pour le lait de la mère ou pour le lait de vache. Leur mécanisme se rapproche de celui de l'anaphylaxie alimentaire, bien qu'il s'en distingue nettement sur plusieurs points.

Chez ces 40 enfants, les injections sous-cutanées de lait (analogues aux traitements anaphylactiques) nous ont donné les résultats suivants :

1°) Dix-huit succès incontestables soit 45 p. 100.

2°) Treize améliorations incontestables, soit 32,5 p. 100.

3°) Neuf échecs, soit 20,2 p. 100.

Tous ces résultats ont été durables. Plusieurs des petits enfants sont restés des clients fidèles de la consultation. Certains ont été revus longtemps après la fin du traitement. Chez aucun de ceux qui avaient été guéris les troubles n'ont reparu. Les injections n ont jamais été suivies d'aucun accident local ou général.

UN CAS D'AGALACTIE UNILATÉRALE CONSÉCUTIVE A UN CHANCRE INDURÉ DU MAMELON.

Il s'agit d'un cas, non à proprement parler d'agalactie, la glande ayant gardé manifestement tout son pouvoir sécrétoire, mais d'obstacle absolu à l'excrétion lactée, ce qui aboutit, en somme, à l'agalactie unilatérale. Le chancre induré, par le processus de sclérose artificielle qu'il a provoqué et entretenu dans le mamelon, a obstrué les canaux galactophores, comme l'aurait fait une cicatrice de brûlure, mais avec cette différence que les formes extérieures de l'organe ont été respectées. Peut-être pourrait-on rapprocher cette sténose cicatricielle des conduits lactifères, des sténoses syphilitiques du col de l'utérus, sténoses souvent très graves et rebelles aux tentatives de dilatation, qui ont été observées à la suite du développement sur le col d'un chancre induré.

PUERICULTURE

QUELQUES DOCUMENTS MÉDICAUX ET SOCIAUX SUR 100 FAMILLES NOMBREUSES LYONNAISES.

Dans un but de documentation médicale et sociale, j'ai procédé en 1912 à une enquête sur cent familles nombreuses habitant Lyon (femmes ayant accouché au moins cinq fois d'enfants vivants à la Maternité de l'Hôtel-Dieu).

Cette enquête, dont les résultats sont consignés dans la thèse de mon élève Demole, nous a donné les renseignements suivants :

I. — La mortalité globale des enfants de ces familles est de 194 sur 606, soit 32 p. 100. A noter que presque tous les enfants ont été nourris au sein par la mère.

Sur 194 morts :

133 ou 68,5 p. 100 sont morts de quelques jours à un an.

54 ou 27,8 p. 100 sont morts de 1 an à 3 ans.

6 ou 3 p. 100, de 3 ans à 10 ans.

1 est mort à 10 ans.

II. — Les affections qui occasionnent la mort sont, par ordre de fréquence:

1° Broncho-pneumonie : 28,3 p. 100.

2° Méningite : 24,7 p. 100.

3° Gastro-entérite : 19 p. 100.

Accidents et causes inconnues : 12,03 p. 100.

Diphtérie (croup) : 7,2 p 100.

Débilité congénitale : 6,2 p. 100.

III. — La majorité des pères et mères de ces familles ne sont pas originaires de Lyon.

IV. — Le budget moyen de ces familles (gain du père, gain de la mère, secours de toute nature) ne dépasse pas 4 à 5 francs par jour.

V. — Il nous paraît évident qu'il y a dans ces ménages une relation de cause à effet entre la mortalité des enfants et la modicité des ressources.

En conséquence, nous estimons que la collectivité, dont c'est l'intérêt de conserver le plus grand nombre possible d'enfants, aurait le devoir d'intervenir en subventionnant directement ces familles nombreuses dans une mesure à déterminer.

N. B. — Je crois devoir ajouter que le vœu que je formulais en 1912 devant le néant à peu près absolu a reçu, depuis quelques années (surtout depuis la fin de la guerre), un commencement de réalisation. (Secours aux femmes en couches, primes à la natalité, primes d'allaitement, allocations familiales, sursalaire familial, etc....).

STATISTIQUE COMPARATIVE DU POIDS DES ENFANTS NÉS A LA MATERNITÉ DE L'HOTEL-DIEU PENDANT LES CINQ PREMIERS MOIS DES ANNÉES 1914 et 1919.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LE POIDS DU NOUVEAU-NÉ ET LA PRÉMATURITÉ DES NAISSANCES PENDANT LA GUERRE.

Ayant eu l'impression pendant les quelques mois qui ont suivi ma rentrée dans mon service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, qu'il naissait un nombre plus élevé qu'en temps ordinaire, d'enfants n'atteignant pas le poids normal, j'ai relevé, par comparaison avec les naissances des cinq premiers mois de 1914, les poids des enfants nés pendant les cinq premiers mois de 1919. Je note que les femmes accouchant à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, sont toutes des femmes mariées, habitant un certain nombre d'arrondissements de Lyon ; les résultats obtenus sont donc parfaitement comparables entre eux. Voici en pour cent les chiffres relevés (la statistique portant sur 633 naissances du 1er janvier au 31 mai 1914 et, sur 363 naissances du 1er janvier au 20 mai 1919) :

	1914	1919
Au-dessus de 4.000 gr.	4	3
de 4.000 à 3.500 gr.	17	20
de 3.500 à 3.000 gr.	39	35
de 3.000 à 2.500 gr.	27	25
de 2.500 à 2.000 gr.	8	13
Au-dessous de 2.000 gr.	5	4
	100	100

Les pourcentages totalisés au-dessus de trois kilos et au-dessous, donnent, pour les enfants au-dessus de 3 kilos : 60 % en 1914, 58 % en 1919 ; pour les enfants au-dessous de 3 kilos : 40 % en 1914, 42 % en 1919.

Un seul groupe accuse une différence notable au détriment de 1919 ; celui des enfants de 2.500 à 2.000 (13 % - 8 %). Pour tous les autres, l'écart est insignifiant, ou même favorable à 1919 (enfants de 4.000 à 3.500; de 3.000 à 2.500; et au-dessous de 2.000).

Dans l'ensemble la différence (4 % au profit de 1914) est très peu considérable, et de plus très loin de confirmer l'idée que j'avais eue à priori, pas plus qu'elle ne correspond à la conception théorique qu'on pouvait avoir de l'influence des soucis, des privations et des restrictions alimentaires sur le développement du fœtus in utero. Les enfants, nés de janvier à mai 1919, avaient été conçus d'avril à août 1918, et une partie importante de la grossesse s'était passée en pleine période de guerre, de même que, un grand nombre de mères avaient, pendant une durée plus ou moins longue, travaillé aux usines de munitions, et avaient été soumises à toutes les restrictions alimentaires en vigueur (pain, sucre, etc...). Les conditions étaient donc défavorables et cependant le poids des enfants s'en est à peine ressenti, par rapport à ce qui a été observé dans une année normale.

Les recherches ci-dessus ont été complétées par d'autres dont les résultats sont exposés dans la thèse de mon élève Slanka et qui ont porté sur le poids et la prématurité des naissances (4785 nouveau-nés de la Maternité de l'Hôtel-Dieu) pendant la guerre, par comparaison avec ce qu'ils étaient pendant l'année 1913-1914 (1478 nouveau-nés de la même Maternité).

L'impression qui s'en dégage est celle de l'égalité avec l'avant-guerre pour une période qui comprend les 3 derniers mois de 1915, 1916, 1917 et 1918, et une amélioration assez notable par rapport avec l'avant-guerre pour la période de début comprenant les 5 derniers mois de 1914 et les 9 premiers mois de 1915 Là encore, l'influence de la guerre n'a pas été, à beaucoup près, aussi fâcheuse qu'on aurait pu le supposer à priori et que certains l'ont affirmé.

GYNÉCOLOGIE

FIBROME DE L'UTÉRUS.

Présentation d'un fibrome inclus dans le ligament large enlevé, après laparotomie, par M. le professeur Jaboulay. Ce fibrome aurait pu être enlevé par la voie vaginale et, en utilisant la section longitudinale de l'utérus, on aurait pu conserver une moitié de l'organe et rendre l'hémorragie moins redoutable.

KYSTE DE L'OVAIRE ENFLAMMÉ ; FIBROME SOUS-PÉRITONÉAL DE L'UTÉRUS.

Présentation de deux pièces provenant du service de M. le professeur Jaboulay :

1. Un kyste de l'ovaire enflammé. Le kyste et le péritoine présentaient l'aspect caractéristique de l'inflammation.
2. Un fibrome sous-péritonéal de l'utérus, attiré au dehors et sectionné assez loin de son pédicule, de telle sorte que la large collerette ainsi formée tient lieu de broche et empêche le pédicule de rentrer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FISTULES INTESTINO-VAGINALES APRÈS OPÉRATIONS SUR LE VAGIN. — SPONTANÉITÉ DE LEUR GUÉRISON.

Dans ce mémoire, rédigé en 1901 en collaboration avec le Professeur Condamin, nous ne cherchons pas à faire une étude complète des fistules intestino-vaginales. Nous voulons seulement montrer comment se produisent et se comportent celles qui succèdent aux opérations pratiquées sur le vagin pour le traitement des affections utérines ou annexielles.

Travail basé sur 39 observations recueillies à la Clinique gynécologique de Lyon (service du Prof. Laroyenne).

I. — Classification et pathogénie.

Ces fistules peuvent s'observer après des interventions très diverses.

Elles siègent rarement sur l'intestin grêle, plus rarement sur l'S iliaque, presque toujours sur le rectum.

On peut les diviser en :

a) *Pré-opératoires*, dues à la lésion préexistant à l'opération.

b) *Opératoires*, dues au traumatisme chirurgical, directement ou indirectement. .

c) *Post-opératoires*, dues le plus souvent à la compression par les pinces laissées à demeure, plus rarement à l'étranglement de l'intestin au travers de l'orifice d'incision (fistules entéro-vaginales pour causes indirectes de Normet).

II. — Symptomes.

Le signe capital est l'écoulement des matières par le vagin, le plus souvent sans accompagnement de phénomènes généraux.

Quelquefois du pus s'écoule avec les selles.

Il importe de fixer le siège et le degré de perméabilité des fistules. On y arrive en observant la qualité et la quantité des matières qui s'écoulent par le vagin.

Le toucher rectal fournit de bonnes indications, ainsi que l'injection de lait dans le rectum.

III. — Evolution. — Pronostic.

Presque toujours l'évolution est simple et le pronostic favorable (moins cependant pour les fistules de l'intestin grêle).

La guérison spontanée est la règle dans un délai qui varie de huit jours à deux mois.

Lorsque la fistule est persistante (2 fois sur 39 observations), elle est justiciable d'un traitement chirurgical.

IV. — Intervention en cas de guérison non spontanée.

Si la fistule est petite, il suffit de la cautériser avec du chlorure de zinc.

Si la fistule est plus considérable et incontinente pour les solides et les liquides, il faut intervenir chirurgicalement, soit par le vagin, soit plutôt par le ventre (procédé de Doyen, procédé de Condamin).

Celle de nos malades qui fut opérée par ce dernier procédé guérit en dix jours.

Un point de technique important est de se servir, comme d'indicateur pour découvrir la fistule, d'un doigt glissé dans le cul-de-sac postérieur.

V. — Déductions thérapeutiques générales.

L'extrême bénignité des fistules intestino-vaginales mise en regard de l'égale fréquence et de la bien plus grande gravité des fistules stercorales consécutives à la laparotomie, constitue un argument sérieux en faveur de la méthode vaginale dans le traitement des affections utérines ou annexielles.

UN CAS D'HÉMATOCÈLE PELVIENNE INFECTÉE.

Observation d'une malade chez laquelle une hématocèle infectée spontanément ne put être diagnostiquée que tardivement. La colpotomie fut suivie d'une guérison rapide. J'insiste à propos de ce cas, sur les difficultés du diagnostic avec les hématocèles ordinaires et les pelvipéritonites suppurées post-abortives

CHIRURGIE

KYSTE DENTIGÈRE.

Observation d'un kyste du maxillaire inférieur contenant une dent, malgré l'intégrité apparente du système dentaire à son niveau, intégrité qui avait fait songer à un kyste odontopathique simple.

CANCER DE L'ESTOMAC. — DILATATION BIDIGITALE DU PYLORE.

Présentation d'une malade très cachectique, atteinte d'un cancer de l'estomac, chez qui M. le professeur Jaboulay a pratiqué la dilatation bidigitale du pylore. Depuis l'intervention, l'alimentation se fait dans de bonnes conditions.

DENTIER DANS L'ŒSOPHAGE. — ŒSOPHAGOTOMIE.

Femme à laquelle M. le professeur Jaboulay a pratiqué une œsophagotomie externe, pour extraire un dentier implanté à 10 centimètres de l'orifice supérieur de la symphyse.

La malade va bien. La déglutition est parfaite, la fistule s'est fermée au bout de huit jours.

OSTÉOCLASIE ANCIENNE

Présentation d'un homme à qui M. le professeur Jaboulay a fait huit ans auparavant une ostéoclasie du fémur droit, pour ankylose avec flexion complète du genou droit. Redressement en trois séances pour ménager les parties molles du creux poplité.

Le résultat orthopédique est actuellement très bon, et la marche facile.

OCCLUSION INTESTINALE PAR BRIDE PÉRITONÉALE. — LAPAROTOMIE ÉVISCÉRATION PARTIELLE. — GUÉRISON.

Dans ce mémoire est relatée l'histoire d'une malade entrée à l'hôpital avec des signes d'occlusion intestinale, et laparotomisée immédiatement par M. le professeur Jaboulay. Toutes les anses distendues furent éviscérées en masse; l'une d'elles était serrée dans le petit bassin par une bride fibreuse. Rupture de la bride; l'intestin porte à son niveau un sillon profond.

Réintégration de l'intestin et guérison parfaite.

Cette observation est à mettre à l'actif de l'éviscération considérée comme traitement de choix de l'occlusion intestinale aiguë. Cette méthode permet de voir l'obstacle immédiatement et de le lever. Il importe seulement d'agir vite pour éviter le shock.

CANCER DU REIN. — NÉPHRECTOMIE TRANSPÉRITONEALE MÉDIANE. — GUÉRISON OPÉRATOIRE.

Mémoire où est rapportée l'histoire d'un malade opéré par M. Jaboulay, dans les conditions suivantes : volumineuse tumeur abdominale, sans signes anormaux. *Laparotomie médiane* et ablation par cette voie de la tumeur (cancer atypique du rein) après ligature des divers pédicules, contrairement à ce qui se pratique habituellement. On choisit, en effet, presque toujours la voie latérale transpéritonéale, ou postérieure extra-péritonéale.

RÉSECTION DU TARSE ET DU PLATEAU TIBIAL.

Ecrasement du pied dans un engrenage ; grand traumatisme paraissant nécessiter l'intervention ; cependant M. Jaboulay tente la conservation et résèque le tarse et le plateau tibial.

Le malade présenté commence déjà à faire quelques pas. Dans quelques mois, la restauration de la fonction sera complète.

L'intervention a, en même temps, permis la guérison des grandes ulcérations coexistantes qui, à elles seules, eussent légitimé la résection. Dans le même ordre d'idées, M. Jaboulay a imaginé une amputation ostéoplastique de l'arrière-pied dans les vastes ulcérations néoplasiques du talon.

EPILEPSIE, TRÉPANATIONS SUCCESSIVES.

Présentation d'un épileptique de 21 ans, à crises fréquentes, à qui M. le professeur Jaboulay a pratiqué successivement :

1° Une trépanation au niveau du centre du membre supérieur droit sans incision de la dure-mère.

2° L'incision de la dure-mère, au point trépané.

3° Une deuxième trépanation sur le lobe occipital gauche.

4° Une troisième trépanation sur le lobe temporo-pariétal droit, selon un procédé décrit sous le nom de trépanation bilinéaire avec travée volante intermédiaire (V. *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1893).

Résultat opératoire excellent, mais thérapeutique imparfait : simple diminution de l'intensité des crises.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS D'UNE EXOTHYROPEXIE.

Présentation d'une goitreuse qui présentait, en outre, quelques signes de maladie de Basedow et à qui M. le professeur Jaboulay pratiqua l'exothyropexie.

Amélioration très sensible et qu'on peut considérer comme définitive (l'intervention a été faite il y a trois ans et demi).

APPENDICITE PERFORANTE AIGUË. RÉSECTION DE L'APPENDICE. — GUÉRISON.

Présentation d'un appendice perforé et gorgé de pus. Pas de corps étrangers.

Le malade fut opéré dans un état très grave et guérit néanmoins.

EPITHÉLIOMA DE LA FACE TRAITÉ PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

Présentation d'un malade porteur, il y a deux mois, d'un épithélioma de la face datant de 6 ans, sur lequel M. le professeur Jaboulay a fait pratiquer des badigeonnages avec une solution d'acide arsénieux.

Traitement régulier pendant quatre semaines. Cicatrisation complète de l'ulcération.

CANCER DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE ET GASTRECTOMIE.

Présentation d'un pylore cancéreux enlevé par M. le professeur Vallas. Celui-ci avait, dans une première intervention, pratiqué la gastro-entéro-anastomose avec succès ; le malade sort très amélioré, mais revient, huit mois après, de nouveau très cachectique. M. Vallas enlève la tumeur pylorique qui présente des adhérences nombreuses.

Mort du malade le lendemain, avec des phénomènes du shock.

L'autopsie permet de constater l'intégrité et le bon fonctionnement de l'ancienne anastomose.

OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE DU COUDE, RÉSECTION, RÉTABLISSEMENT DES MOUVEMENTS.

Malade opéré, il y a 4 ans, par M. le professeur Vallas.

Les résultats sont excellents. Le malade a conservé la presque totalité des mouvements de l'articulation, l'extension exceptée. Il persiste, de plus, quelques mouvements de latéralité.

L'articulation se serrera probablement par la suite et gagnera en force ce qu'elle perdra en étendue de mouvements.

CURE RADICALE D'UN ANUS CONTRE NATURE.

Malade opéré par M. le professeur Vallas. Résultat excellent.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSEUDO-APPENDICITES.

Mémoire rédigé en 1900 en collaboration avec le Professeur Condamin et consacré à l'étude des processus douloureux et inflammatoires de la région cœcale, qui peuvent simuler les appendicites et cependant n'en sont pas.

Dans quelques cas, il s'agit de *para-appendicites*, lésions des organes voisins (adénites précœcales, péritonites localisées, salpingites, kystes ovariques pédiculés), revêtant l'apparence clinique de l'inflammation appendiculaire.

D'autres fois, on a affaire à des *pseudo-appendicites* ; l'appendice est sain, microscopiquement et macroscopiquement et les symptômes constatés, qui simulent l'appendicite vraie, doivent être rattachés à une maladie capable d'expliquer, avec tous les autres symptômes, les phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite, lesquels deviennent ainsi de véritables névralgies symptomatiques du cœcum et de l'appendice.

Cette maladie peut être l'hystérie (Rendu, Brissaud, Nothnagel), la neurasthénie (Vincent) et enfin la syphilis.

Nous rapportons un cas remarquable de cette dernière variété. Une malade entre à l'hôpital en pleine syphilis secondaire et présentant en outre des signes appendiculaires d'une intensité telle qu'elle fut immédiatement laparotomisée. L'appendice, absolument sain, fut laissé en place, un traitement spécifique énergique amena la guérison rapide et complète.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une de ces algies viscérales avec fièvre si fréquentes au cours de la syphilis secondaire (Fournier).

Le diagnostic des pseudo-appendicites sera surtout basé sur l'absence de signes objectifs locaux et l'intégrité relative de l'état général.

Le traitement sera, avant tout, causal (hystérie, syphilis), et permettra d'éviter la laparotomie.

MEDECINE

CHANCRE SYPHILITIQUE VÉGÉTANT DE LA LEVRE INFÉRIEURE.

Présentation de la malade guérie par le traitement spécifique.

CANCER DU FOIE PRIS POUR UNE GROSSESSE GÉMELLAIRE A TERME CHEZ UNE TUBERCULEUSE PULMONAIRE.

Observation qui montre les difficultés du diagnostic de gravidité chez les femmes âgées — à l'époque de la ménopause — quand un arrêt brusque des règles depuis 9 mois correspond à une augmentation parallèle du volume du ventre. Là, moins encore qu'ailleurs, on n'attachera aucune importance aux dires de la malade, et on ne fera reposer le diagnostic de grossesse que sur la recherche des bruits du cœur fœtal et sur les résultats du toucher et du palper.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DES PUBLICATIONS

MONOGRAPHIES. - OUVRAGE DIDACTIQUE

— **De la traction manuelle par les lacs dans les applications de forceps (traction sur les deux lacs, traction unilatérale).**

Thèse inaugurale, Lyon 1900 ; Librairie J. B. Baillière et fils, Paris 1901.

— **Conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte.**

Rapport présenté au III[e] Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, Lausanne, 1923. (Masson, éditeur, Paris, 1923).

— **Les viciations pelviennes.**

Collaboration à la Pratique de l'Art des Accouchements, de Brindeau. (Vigot frères, Editeurs, Paris, 1926-1927).

LISTE CHRONOLOGIQUE DES MONOGRAPHIES
ARTICLES ORIGINAUX
ET COMMUNICATIONS AUX SOCIÉTÉS SAVANTES

1897

1. **Kyste dentigére.**
   Province Médicale, 1897.

2. **Chancre syphilitique végétant de la lévre inférieure**
   Société des Sciences Médicales de Lyon, 1897.

3. **Cancer de l'estomac. Dilatation bidigitale du pylore.**
   Société des Sciences Médicales de Lyon, 1897,

1898

4. **Dentier dans l'œsophage.**
   Société des Sciences Médicales de Lyon, 1898.

5. **Ostéoclasie ancienne.**
   Société des Sciences Médicales de Lyon, 1898.

6. **Fibrome de l'utérus.**
   Société des Sciences Médicales de Lyon, 1898.

7. **Occlusion intestinale par bride péritonéale ; laparotomie, éviscération partielle, guérison.**
   Lyon Médical, 1898.

8. **Cancer du rein ; néphrectomie transpéritonéale.**
   Lyon Médical, 1898.

9. **Résection du tarse.**
Société Nationale de Médecine, 1898.

10. **Epilepsie, trépanation.**
Société des Sciences Médicales, 1898.

11. **Résultats éloignés d'une exothyropexie.**
Société des Sciences Médicales, 1898.

12. **Kyste de l'ovaire enflammé.**
Société des Sciences Médicales, 1898.

13. **Appendicite perforante.**
Société des Sciences Médicales, 189

14. **Epithélioma de la face traité par l'acide arsénieux.**
Société des Sciences Médicales, 1898

15. **Cancer du pylore, gastro-entéro-anastomose et gastrectomie.**
Société des Sciences Médicales, 1899.

1899

16. **Résection du coude.**
Société des Sciences Médicales, 1899.

17. **Cure radicale d'un anus contre nature.**
Société de Médecine, 1899.

1900

18. **Contribution à l'étude des fistules intestino-vaginales après les opérations sur le vagin. Spontanéité de leur guérison.** (En collaboration avec M. le professeur agrégé Condamin).
Archives Provinciales de Chirurgie, 1900.

19. **Contribution à l'étude des pseudo-appendicites.** (En collaboration avec M. le professeur agrégé Condamin).
Archives Provinciales de Chirurgie, 1900.

20. **De la traction manuelle par les lacs dans les applications du forceps** (traction sur les deux lacs, traction unilatérale).
Thèse inaugurale, Lyon, 1900 ; Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris, 1901.

1904

21. **Imperforation du duodénum chez un nouveau-né.**
Lyon Médical, 1904.

22. **Brièveté absolue du cordon ombilical.**
Société des Sciences Médicales et *Lyon Médical*, 1904.

23. **Résultat de l'autopsie d'une éclamptique, morte au 6e mois de la grossesse.**
Société Nationale de Médecine, 1904.

24. **16 cas d'infection post-puerpérale et post-abortive traités par le nettoyage de la cavité utérine** (curage digital et écouvillonnage).
Société Nationale de Médecine, 1904.

25. **Fracture étendue du frontal après une application de forceps dans un bassin rétréci. Relèvement sanglant du fragment. Guérison.**
Société des Sciences Médicales, 1904.

26. **Pneumonie de la fin de la grossesse. Accouchement avant terme. Défervescence 4 jours après l'accouchement. Allaitement de l'enfant par la mère.**
In Thèse de Gottenkieny, Lyon, 1904.

27. **Un cas d'adhérence vraie du placenta, avec examen histologique.**
In Thèse du Dr Teyssier, Lyon, 1904.

1905

28. **Imperforation de l'urètre chez un nouveau-né, mort le troisième jour, présentant des lésions congestives de l'intestin.**
Société des Sciences Médicales de Lyon, 1905.

29. **Présentation d'un nouveau-né syphilitique.**
Sciences Médicales, 1905.

30. **Hypertrophie du foie et de la rate chez un fœtus, avec gros placenta.**
Sciences Médicales, 1905.

31. **Allaitement artificiel d'un enfant prématuré et syphilitique.**
Sciences Médicales, 1905.

32. **Hémorragie par décollement du placenta inséré normalement chez une albuminurique.**

Sciences Médicales, 1905.

33. **Hémorragie par insertion vicieuse centrale du placenta. Rigidité du col. Hémophilie. Hémorragie rétro-péritonéale sans déchirure du segment inférieur. Mort de la malade.**

Sciences Médicales, 1905.

34. **Sur une modalité clinique des hémorragies de la délivrance** (hémorragie interne dans le segment inférieur, l'utérus étant rétracté)

Congrès de la Société Obstétricale de France, Paris, 1905.

35. **Délivrance chirurgicale dans un cas de grossesse compliquée de fibrôme.**

Congrès de la Société Obstétricale de France, Paris, 1905.

1906

36. **Accouchement 35 jours après la rupture prématurée des membranes et l'issue de la plus grande partie du liquide amniotique.**

Société des Sciences Médicales, Lyon, 1906.

37. **Abcès de fixation ouvert dans la cavité péritonéale.**

Sciences Médicales, 1906.

38. **Malformation chez deux nouveau-nés.**

Sciences Médicales, 1906.

39. **Hernie ombilicale sans sac chez un fœtus macéré.**

Sciences Médicales, 1906.

40. **Un cas de gangrène de l'ombilic chez un nouveau-né.**

Sciences Médicales, 1906.

41. **Rupture intra-utérine de la rate et péritonite sous-hépatique chez un nouveau-né. présentation des pièces.**

Sciences Médicales, 1906.

42. **La lymphangite gangréneuse du scrotum chez le nouveau-né.**

In thèse de Rousseau, Lyon, 1906.

43. **Rupture de la paroi postérieure de l'oreillette droite chez un nouveau-né ; présentation des pièces.**
Sciences Médicales, 1906.

44. **L'hématome périrénal du nouveau-né.**
Sciences Médicales, 1906.

45. **Grossesse et maladie de Roger.**
Sciences Médicales, 1906.

46. **Affections valvulaires du cœur et puerpéralité** (16 observations).
In thèse de Bernard, Lyon, 1906.

47. **Ictère grave survenu brusquement après un accouchement normal.**
Sciences Médicales, 1906.

48. **Des ictères graves survenant dans les suites de couches en dehors des cas d'infection puerpérale.**
In thèse Gérard, Lyon, 1906.

1907

49. **Les tumeurs conjonctives et plus particulièrement les angiomes du placenta.**
Un mémoire de 30 pages chez Legendre, Lyon, 1907.

50. **Opération césarienne itérative pratiquée trois ans après la première intervention. Section de l'intestin. Présentation de la mère et de deux enfants vivants.**
Société de Chirurgie, Lyon, 1907.

51. **De la mortalité infantile suivant que l'enfant est gardé par la mère ou confié à une nourrice mercenaire.**
Statistique *in thèse* de Vitrey, Lyon, 1907.

52. **Syndactylie de la main gauche chez un nouveau-né.**
Sciences Médicales, 1907.

53. **Rein congénitalement atrophié.**
Sciences Médicales, 1907.

54. **Absence congénitale du voile du palais et du palais chez un prématuré.**
Sciences Médicales, 1907.

55. **Spina-bifida ulcéré pendant le travail. Double pied-bot congénital.**
Sciences Médicales, 1907.

56. **Anémie pernicieuse de la grossesse. Accouchement prématuré spontané. Amélioration. Guérison.**
Sciences Médicales, 1907.

1908

57. **Les ictères du nouveau-né** (Rapport présenté à la Société Obstétricale de France, 1908, en collaboration avec M. Bué).
In thèse de Christoff, Lyon, 1907.

58. **De l'anémie pernicieuse de la grossesse et de son amélioration possible après l'accouchement spontané ou provoqué.**
In thèse de Robert, Lyon, 1908.

59. **Rupture de la symphyse pubienne.** (En collaboration avec M. Gonnet).
Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1908.

60. **Sur quelques points de la symptomatologie de la grossesse extra-utérine.**
Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1908.

61. **Présentation d'un nouveau-né atteint de pieds bots talus valgus congénitaux.** (En collaboration avec M. Cordier).
Bull. S. O. P., 1908.

62. **Pneumonie et grossesse.** (En collaboration avec M. Cordier).
Bull. S. O. P., 1908.

63. **Deux cas de fibrome volumineux du segment inférieur ayant permis un accouchement spontané.** (En collaboration avec M. Gonnet).
Bull. S. O. P., 1908.

64. **Paralysie faciale chez un nouveau-né à la suite d'un accouchement spontané ; marques de pression sur les téguments du crâne ; rétrécissement du bassin chez la mère.**
Bull. S. O. P., 1908.

65. **Mort du fœtus pendant la grossesse par nœud du cordon.**
Bull. S. O. P., 1908.

66. **Grossesse intra utérine probablement ovarienne.**
Bull. S. O. P., 1908.

67. **Des applications de forceps au détroit supérieur dans les bassins rétrécis.**
In thèse de Josserand, Lyon, 1908.

68. **Essai sur le cordon en écharpe.**
Société Obstétricale de France, Session de 1908 et *in thèse* de Vidonne, Lyon 1908.

1909

69. **Placenta prævia. Rupture du segment inférieur. Hystérectomie. Mort.**
Bull. S. O. P., 1909.

70. **Fœtus anencéphale.**
Bull. S. O. P., 1909.

71. **Placenta prævia central. Déchirure du segment inférieur.** (En collaboration avec M. Gonnet).
Bull. S. O. P., 1909.

72. **Sur une forme clinique d'inertie après la délivrance.** (En collaboration avec M. Gonnet).
Bull. S. O. P., 1909.

73. **Hémorragie intestinale mortelle chez un nouveau-né avec ulcération du duodénum.**
Bull. S. O. P., 1909.

74. **Rupture spontanée du segment inférieur dans un cas de placenta prævia traité par la méthode de Braxton-Hicks. Hysterectomie. Mort.**
Bull. S. O. P., 1909

75. **Des hémorragies intra et retro péritonéales comme cause de mort rapide chez le nouveau-né.**
In thèse de Goy, Lyon 1909.

76. **Des résultats immédiats et éloignés de l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements du bassin.**
In thèse de Delaigue, Lyon 1909.

76. **Des érythèmes scarlatiniformes dans les suites de couches.**
In thèse de Bernard, Lyon, 1909.

1910

78. **Kyste de l'ovaire et grossesse.** (En collaboration avec M. Frarier).
Bull. S. O. P., 1910.

79. **Un cas de rétinite albuminurique.** (En collaboration avec M. Gonnet).
Bull. S, O. P., 1910.

80. **Sur un cas d'accouchement spontané dans un bassin rétréci, précédé de manœuvres externes ayant facilité l'engagement de la tête.**
Bull. S. O. P., 1910.

81. **Des accidents hémorragiques au cours de l'introduction des Bougies de Krause.**
In thèse de Vuillermoz, Lyon ,1910.

82. **De la valeur pronostique du délire dans l'infection puerpérale.**
In thèse de Devillard, Lyon 1910 .

83. **De la survie des enfants d'accouchées atteintes de tuberculose pulmonaire.**
In thèse de Vittoz, Lyon, 1910.
Bull. S. O. P., 1911

84. **Les traumatismes obstétricaux dans l'étiologie des encéphalopathies infantiles.**
In thèse Chevalier, Lyon, 1910

85. **Des ruptures spontanées du segment inférieur de l'utérus dans le placenta prævia et de leur traitement.**
In thèse de Chritophe, Lyon, 1910

1911

86. **Agalactie consécutive à un chancre induré du mamelon.**
Bull. S. O. P., 1911

87. **Un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré, d'origine traumatique.**
Bull. S. O. P., 1911

88. **A propos de trois cas d'éclampsie. Forme comateuse de l'éclampsie sans convulsions.** (En collaboration avec M. Gonnet).
Bull. S. O. P., 1911

89. **Sur un cas de placenta et de kyste de l'ovaire prævias combinés.**
Bull. S. O. P., 1911

90. **De l'insertion du placenta dans une corne utérine ou placenta angulaire.** (En collaboration avec M. Gonnet).
Société Obstétricale de France, 1911.

91. **Trois cas de phlegmon ligneux de ligament large.**
Bull. S. O P., 1911

92. **Un cas d'hémorragie consécutive à l'introduction d'une bougie de Krause.** (En collaboration avec M. Gravier).
Bull. S. O. P., 1910.

93. **Rétinite albuminurique gravidique.**
In thèse de Guérin, Lyon, 1911.

94. **L'incision tardive des abcès glandulaires post-puerpéraux du sein.**
In thèse Deyrieux, Lyon, 1911.

95. **Des hématocèles pelviennes infectées.**
In thèse Clen, Lyon, 1911.

1912

96. **Deux cas d'hématémèse chez le nouveau-né.**
Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1912.

97. **Fièvre thyphoïde pendant les suites de couches.** (En collaboration avec M. Gravier).
B. S. O. G. P., 1912.

98. **Guérison de manifestations cutanéo-muqueuses d'hérédo-syphilis chez un nourrisson après une seule injection d'arséno-benzol.** (En collaboration avec M. Gerest).
B. S. O. G. P., 1912.

99. **Un cas de grossesse triple.**
B. S. O. G. P., 1912.

100. **Un cas d'anémie pernicieuse gravidique.** (En collaboration avec M. Gerest).
B. S. O. G. P., 1912.

101. **Sur un cas d'albuminurie grave de la grossesse.** (En collaboration avec M. Volmat).
B. S. O. G. P., 1912.

102. **Des phénomènes de Shok dans le post-partum immédiat.**
In thèse de Volmat, Lyon, 1912.

103. **Quelques documents médicaux et sociaux sur cent familles nombreuses Lyonnaises.**
In thèse de Demole, Lyon, 1912.

104. **De l'Hématémèse du nouveau-né et du jeune enfant.**
In thèse de Poursain, Lyon, 1912.

105. **Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire.**
In thèse de Colombet, Lyon, 1912.

106. **Du traitement obstétrical du diabète sucré compliqué de grossesse.**
In thèse de Voudouris, Lyon, 1912.
In Lyon Médical, 1912,
Et *in Livre jubilaire* du Professeur Lépine, 1912.

107. **La gémellité est-elle un facteur d'aggravation de l'éclampsie ?**
In thèse de Soubeyran, Lyon, 1912.

108. **A propos du traitement chirurgical des hémorragies utérines pendant la grossesse, l'accouchement et la délivrance.** (Discussion à la R. Obstétr. de Lyon).
Bulletin Société O. G. de Paris, 1912.

1913

109. **Fibrome utérin et grossesse. Hystérectomie.** (En collaboration avec M. Volmat).
B. S. O. G. P., 1913.

118. **Volumineuse tumeur de la région sacrée chez un nouveau-né.** (En collaboration avec M. Loaëc).
B. S. O. G. P., 1913.

111. **Existe-t-il des indications de l'accouchement prématuré provoqué dans l'albuminurie gravidique ?**
In thèse de Gerest, Lyon, 1913.

1914

112. **Un cas de version spontanée à la fin du travail dans un cas de présentation de l'épaule.**
B. S. O. G. P., 1914.

113. **Un cas de vomissement grave de la grossesse suivi de mort.**
B. S. O. G. P., 1914.

114. **Un cas d'hémorragie méningée chez un nouveau-né.** (En collaboration avec M. Rey).
B. S. O. G. P., 1914.

115. **Un cas de pyélonéphrite bacillaire à gauche dans les suites de couches.**
B. S. O. G. P., 1914.

1919

116. **Cinq cas de grippe mortelle de la grossesse et des suites de couches.** (En collaboration avec M. Eparvier).
B. S. O. G. P., 1919.

117. **Statistique comparative du poids des enfants nés à la Maternité de l'Hôtel-Dieu pendant les cinq premiers mois des années (1914 et 1919).**
B. S. O. G. P., et *in thèse* de Slanka, Lyon, 1919.

1920

118. **Décollement du placenta inséré vicieusement chez une albuminurique.** (En collaboration avec M. Vialleton).
B. S. O. G. P., 1920.

119. **Exencéphalie et bec de lièvre compliqué chez un fœtus à terme ayant survécu 10 heures.** (En collaboration avec M. Vergnory).
B. S. O. G. P., 1920.

120. **Césarienne et hystérectomie pour fibrome prævia.** (En collaboration avec M. Vergnory).

B. S O. G. P., 1920.

121. **Quatre observations d'hémorragies gastro-intestinales chez des nouveau-nés** (En collaboration avec M. Vergnory).

B. S. O. G. P., 1920.

122. **Accouchement normal à terme après myomectomie pratiquée au 5e mois de la grossesse. Malformation fœtale.**

B. S. O. G. P., 1920.

123. **Kyste de l'ovaire prævia et accouchement spontané.** (En collaboration avec M. Bouget).

B. S. O. G. P., 1920.

124. **Enfoncement du pariétal au cours d'une extraction tête dernière.** (En collaboration avec M. Delorme).

B. S. O. G. P., 1920.

125. **Croup d'emblée chez une femme enceinte.** (En collaboration avec M. Paliard).

B. S. O. G. P., 1920.

126. **Deux cas de syphilis du nouveau-né traitée par les injections intra-veineuses d'arséno-benzol.** (En collaboration avec M Paliard).

B. S. O. G. P., 1920.

127. **Accouchement spontané dans un cas de fibrome prævia.** (En collaboration avec M. Rhenter).

B. S. O. G. P., 1920.

128. **Un cas d'éclampsie mortelle à marche rapide.** (En collaboration avec M. Gonnet).

B. S. O. G. P., 1920.

129. **De l'ostéomalacie puerpérale fruste.**

In thèse Courtieu, Lyon, 1920.

130. **Quarante observations de troubles digestifs du nourrisson traités par la méthode de Weill.**

In thèse Peytraud, Lyon, 1920.

131. **Des anévrysmes du petit bassin au cours de la puerpéralité.**
In thèse de Palais, Lyon, 1920.

132. **Des névrites puerpérales localisées aux membres supérieurs.**
In thèse Doz, Lyon, 1920.

133. **Emploi de l'arséno-benzol au cours de la grossesse chez les syphilitiques.**
In thèse Briéry, Lyon, 1920.

134. **Traitement de la syphilis héréditaire chez le nourrisson par les injections intraveineuses d'arséno-benzol.**
In thèse de Fourest, Lyon, 1920.

135. **Pronostic et traitement des hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né.**
In thèse de Massie, Lyon, 1920.

1921

136. **Gros fibrome cervical. Myomectomie prœ-fœtale à dilatation complète.**
B. S. O. G. P., 1921.

137. **Un cas d'enfoncement du pariétal chez un nouveau-né.** (En collaboration avec M. Bouget).
B. S. O. G. P., 1921.

138. **Hémorragie méningée chez un nouveau-né. Ponction lombaire. Guérison.** (En collaboration avec M. Delorme).
B. S. O. G. P., 1921.

139. **Corps étranger intra-péritonéal après une tentative d'avortement criminel.** (En collaboration avec M. Longy).
B. S. O. G. P., 1921.

140. **Deux cas d'herpès buccal post-abortum avec pneumocoques dans les lochies.** (En collaboration avec M. Michon).
B. S. O. G. P., 1921.

141. **Dystocie par volumineuse bride vaginale.** (En collaboration avec M. Rhenter).
B. S. O. G. P., 1921.

142. **Un cas de thrombus vulvaire.** (En collaboration avec M. Rhenter).
B. S. O. G. P., 1921.

1922

143. **Granulie rénale au cours de la grossesse.** (En collaboration avec M. Bouvier).
B. S. O. G. P., 1922.

144. **Malformation de l'appareil circulatoire et du tube digestif chez un nouveau-né.** (En collaboration avec M. Manhès).
B. S. O. G. P., 1922.

145. **Hernie ombilicale congénitale de la période embryonnaire.** (En collaboration avec M. Bonnet).
B. S. O. G. P., 1922.

146. **Mole hydatiforme.** (En collaboration avec M. Rhenter).
B. S. O. G. P., 1922.

147. **Douze cas d'infection puerpérale (post-partum ou abortum) traités par l'anti-vaccination antistreptococcique.** (En collaboration avec M. Sedallian).
B. S. O. G. P., 1922.

148. **Stock-vaccin au cours de l'infection puerpérale.** (En collaboration avec M. Michon).
B. S. O. G. P., 1922.

149. **Eclampsie suivie de mort par hémorragie cérébrale.** (En collaboration avec M. Valandru).
B. S. O. G. P., 1922.

150. **Fibrome prævia.** (En collaboration avec M. Banssillon).

151. **Quelques faits nouveaux d'avortement provoqué au cours de la tuberculose pulmonaire).**
In thèse de Guillamet, Lyon, 1922.

1923

152. **Tuberculose et grossesse. Mort rapide après l'accouchement.**
B. S. O. G. P., 1923.

153. **Vomissements incoercibles et mole hydatiforme.** (En collaboration avec M. Banssillon).

B. S. O. G. P., 1923.

154. **Placenta prævia ; malformations fœtales multiples ; alcoolisme du père.** (En collaboration avec M. Grivet).

B. S. O. G. P., 1923.

155. **Note sur l'étiologie de l'infection puerpérale.** (En collaboration avec MM. Durand et Sedallian).

B. S. O. G. P., 1923.

156. **Mole hydatiforme à évolution anormale.** (En collaboration avec M. Grivet).

B. S. O. G. P., 1923.

157. **Un cas de syphilis fébrile après l'accouchement.** (En collaboration avec M. Grivet).

B. S. O. G. P., 1923.

158. **Ponction lombaire et éclampsie.** (En collaboration avec M. Mantelin).

B. S. O. G. P., 1923.

159. **Conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte.**

Rapport présenté au Congrès des gynécologues et obstétriciens de Langue Française, Lausanne, 1923.

160. **Contribution à l'étude de la vaccinothérapie de l'infection puerpérale.** (En collaboration avec MM. Michon et Sedallian).

Lyon Chirurgical, 1923.

1924

161. **Cancer du foie pris pour une grossesse gémellaire à terme chez une tuberculeuse pulmonaire.** (En collaboration avec M. Mantelin).

B. S. O. G. P., 1924.

162. **Monstre double opodyme.** (En collaboration avec MM. Rhenter et Calvel).

B. S. O. G. P., 1924.

163. **Pyélonephrite et urémie.** (En collaboration avec M. Charleux).

B. S. O. G. P., 1924.

164. **Syndrome de Klippel-Feil et bassin rétréci.** (En collaboration avec M. Charleux).
B. S. O. G. P., 1924.

165. **Volumineux fibrôme prævia. Refoulement manuel au voisinage du terme. Accouchement par les voies naturelles.** (En collaboration avec M. Ducroux).
B. S. O. G. P., 1924.

166. **Gros fibrôme utérin sous-muqueux. Accouchement à sept mois de grossesse. Expulsion spontanée du fibrôme deux jours après l'accouchement.** (En collaboration avec M. Ducroux).
B. S. O. G. P., 1924.

167. **Grossesse gémellaire. Fœtus compressus. Vastes lésions cutanées congénitales chez le fœtus survivant.** (En collaboration avec M. Bouvier).
B. S. O. G. P., 1924.

168. **Infection puerpérale et hystérectomie ; mort.** (En collaboration avec MM. Bouvier et Charleux).
B. S. O. G. P., 1924.

169. **Observations nouvelles de cardiopathies envisagées dans leur rapport avec l'accouchement et les suites de couches.**
In thèse de Murat, Lyon, 1924.

1925

170. **Rupture utérine traitée par un tamponnement simple. Guérison.** (En collaboration avec MM. Bouvier et Banssillon).
B. S. O. G. P., 1925.

171. **Rupture du segment inférieur au niveau du promontoire, traitée par le tamponnement. Guérison.** (En collaboration avec MM. Eparvier et Banssillon).
B. S. O. G. P.; et in thèse de Pitavy Lyon 1925.

172. **Hydramnios. Anencéphalie. Suites de couches avec manifestations d'origine vraisemblablement spécifique.** (En collaboration avec MM. Charleux et Banssillon).
B. S. O. G. P., 1925.

173. **Vomissements incoercibles et kyste de l'ovaire.** (En collaboration avec M. Pigeaud).
B. S. O. G. P., 1925.

174. **Mort rapide au cours d'une albuminurie gravidique.** (En collaboration avec M. Banssillon).

B. S. O. G. P., 1925.

175. **Enfoncement du frontal survenu au cours d'un accouchement spontané et traité par la méthode de Vicarelli.** (En collaboration avec M. Banssillon).

B. S. O. G. P., 1925.

176. **Deux observations d'encéphalite au cours de la grossesse avec mort du fœtus in utero.** (En collaboration avec M. Pigeaud).

B. S. O. G. P., 1925.

177. **Traitement de l'infection puerpérale par la sérothérapie anti-streptococcique.** (Observations in thèse de Sédallian, Lyon 1925).

1926

178. **Hémorragies gastro-intestinales graves chez un nouveau-né; transfusion du sang; guérison.** (En collaboration avec MM. Rhenter et Banssillon).

B. S. O. G. P., 1926.

179. **Brièveté du cordon.** (En collaboration avec M. Morel).

B. S. O. G. P., 1926.

180. **Kyste de l'ovaire expulsé par le rectum au cours d'une application de forceps.** (En collaboration avec M. Morel).

B. S. O. G. P., 1926.

181. **Crise d'éclampsie survenue sans prodromes après l'accouchement.** (En collaboration avec M. Pigeaud).

B. S. O. G. P., 1926.

182. **Présentation d'un nouveau-né phocomèle.** (En collaboration avec M. Malartre).

B. S. O. G. P., 1926.

183. **Bassin suffisant chez une naine de 1 m.17.** (En collaboration avec M. Malartre).

B. S. O. G. P., 1926.

184. **Hémorragie ombilicale mortelle chez un nouveau-né probablement syphilitique.** (En collaboration avec M. Pigeaud).

B. S. O. G. P., 1926.

185. **Encéphalite latente à forme tumorale anatomiquement.** (En collaboration avec M. Malartre).

B. S. O. G. P., 1926.

186. **Césarienne vaginale post-mortem. Survie de l'enfant.** (En collaboration avec M. Malartre).

Société O. et G. de Lyon, 1926.

187. **Césarienne pratiquée pour la 3e fois ; minceur extrême des cicatrices antérieures; stérilisation de la malade.** (En collaboration avec M. Malartre).

Société O. et G. de Lyon, 1926.

188. **Contribution à l'étude des hémorragies du nouveau-né.** (En collaboration avec M. Pigeaud)

In Journal de Médecine de Lyon 1926, en cours de publication.

THÈSES INSPIRÉES

GOTTENKIENY. — Th. Lyon, 1904. **Contribution à l'étude de la pneumonie gravidique et de ses rapports avec l'allaitement.**

VERGNES. — Th. Lyon, 1905. **Sur une modalité clinique des hémorragies de la délivrance.**

GIRARD. — Th. Lyon, 1906. **Contribution à l'étude des ictères graves survenant dans les suites de couches, en dehors des cas d'infection puerpérale.**

COLIN. — Th. Lyon, 1906. **Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives et particulièrement des angiomes du placenta.**

ROUSSEAU. — Th. Lyon, 1906. **La lymphangite gangréneuse du scrotum, chez le nouveau-né.**

BERNARD. — Th. Lyon, 1907. **De la puerpéralité dans ses rapports avec les affections valvulaires du cœur, recueil de faits cliniques.**

VITREY. — Th. Lyon, 1907. **Contribution à l'étude de la mortalité infantile dans ses rapports avec l'allaitement.**

CHRISTOFF. — Th. Lyon, 1907. **Contribution à l'étude de l'ictère du nouveau-né.**

ROBERT. — Th. Lyon, 1907. **De l'anémie pernicieuse de la grossesse et de son amélioration possible après l'accouchement spontané ou provoqué.**

JOSSERAND (Charles). — Th. Lyon, 1907. **Des applications de forceps au détroit supérieur sur les présentations du sommet dans les bassins rétrécis.**

VIDONNE. — Th. Lyon, 1908. **Essai sur le cordon en écharpe.**

VALETTE. — Th. Lyon, 1908. **Sur une forme de l'inertie utérine (inertie après la délivrance).**

BERNARD (Siméon). — Th. Lyon, 1909. **Contribution à l'étude des érythèmes scarlatiniformes dans les suites de couches.**

DELAIGUE (Raoul). — Th. Lyon, 1909. **Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements du bassin.**

WATEAU. — Th. Lyon, 1909. **Sur la nature inflammatoire des accidents gravido-cardiaques.**

GOY. — Th. Lyon, 1909. **Des hémorragies intra et rétro-péritonéales comme cause de mort rapide chez le nouveau-né.**

VUILLERMOZ. — Th. Lyon, 1910. **Des accidents hémorragiques au cours de l'introduction des bougies de Krause dans l'accouchement prématuré artificiel.**

DEVILLARD. — Th. Lyon, 1910. **De la valeur pronostique du délire dans l'infection puerpérale.**

VITTOZ. — Th. Lyon, 1910. **De la survie des enfants d'accouchées atteintes de tuberculose pulmonaire.**

CHEVALIER (Albert). — Th. Lyon, 1910 **Les traumatismes obstétricaux dans l'étiologie des encéphalopathies infantiles.**

CHRISTOPHE. — Th. Lyon, 1910 **Des ruptures spontanées du segment inférieur de l'utérus dans le placenta prævia et de leur traitement.**

GUERIN (Antoine). — Th. Lyon, 1911. **Rétinite albuminurique gravidique. Pronostic et traitement.**

DEYRIEUX. — Th. Lyon, 1911. **L'incision tardive des abcès glandulaires post-puerpéraux du sein.**

CLEU. — Th. Lyon, 1911. **Contribution à l'étude des hématocèles pelviennes infectées.**

DEMOLE. — Th. Lyon, 1912. **Quelques documents médicaux et sociaux sur 100 familles nombreuses Lyonnaises.**

POURSAIN. — Th. Lyon, 1912. **De l'hématémèse du nouveau-né et du jeune enfant.**

COLOMBET. — Th. Lyon, 1912. **Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire.**

VOUDOURIS. — Th. Lyon, 1912. **Du traitement obstétrical du diabète sucré compliqué de grossesse.**

SOUBEYRAN. — Th. Lyon, 1912. **La gémellité est-elle un facteur d'aggravation de l'éclampsie ?**

GEREST (Paul). — Th. Lyon, 1913. **Existe-t-il des indications de l'accouchement prématuré provoqué dans l'albuminurie gravidique (éclampsie confirmée non comprise) ?**

BERARD (Louis). — Th. Lyon, 1913. **Contribution à l'étude des états anémiques graves de la grossesse.**

VOLMAT. — Th. Lyon, 1913. **Contribution à l'étude des phénomènes de Shock dans le post-partum immédiat.**

SLANKA. — Th. Lyon, 1919. **Recherches statistiques sur le pouls du nouveau-né et la prématurité des naissances pendant la guerre** (Statistique de la Maternité de l'Hôtel-Dieu).

COURTIEU. — Th. Lyon, 1920. **De l'ostéomalacie puerpérale fruste.**

PEYTRAUD. — Th. Lyon, 1920. **Quarante observations de troubles digestifs des nourrissons traités par l'injection de lait (Méthode de Weill).**

DOZ. — Th. Lyon, 1920. **Contribution à l'étude des névrites puerpérales localisées aux membres supérieurs.**

BRIERY. — Th. Lyon, 1920. **Contribution à l'étude de l'emploi du néoarsénobenzol au cours de la grossesse chez les syphilitiques.**

FOUREST. — Th. Lyon, 1920. **Traitement de la syphilis héréditaire chez le nourrisson par les injections intra-veineuses d'arséno-benzol.**

MASSIE. — Th. Lyon, 1920. **Contribution à l'étude des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. Pronostic et traitement.** (7 observations nouvelles de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon).

PALAIS (Emile). — Th. Lyon, 1920. **Contribution à l'étude des anévrysmes du petit bassin au cours de la puerpéralité.**

RICHARD (Jean). — Th. Lyon, 1922. **Traitement de soixante-deux cas d'infections de la grossesse et des suites de couches par les vaccins.**

BRUNEL. — Th. Lyon, 1922. **Traitement de vingt cas d'infections de la grossesse et des suites de couches par les vaccins du Professeur Delbet.**

GUILLAMET. — Th. Lyon, 1922. **Quelques faits nouveaux d'avortement provoqué au cours de la tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse.**

MURAT. — Th. Lyon, 1924. **Contribution à l'étude des cardiopathies envisagées dans leurs rapports avec l'accouchement et les suites de couches. Quelques observations nouvelles.**

PITAVY. — **A propos de quelques observations nouvelles de ruptures du segment inférieur de l'utérus guéries sans intervention chirurgicale.**

TABLE DES MATIÈRES

